FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

Année 1913 — THÈSE — N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

EDOUARD HÉRISSON-LAPARRE
Ancien externe des hôpitaux de Toulouse
Ancien externe des hôpitaux de Paris
Interne des Asiles d'Aliénés de la Seine
Médaille de bronze de l'Assistance publique.
Né à Saverdun (Ariège), le 18 Août 1886.

Psychoses intermittentes

et

Insuffisance rénale

Président : M. GILBERT BALLET, *Professeur.*

PARIS
G. STEINHEIL, ÉDITEUR
2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 2
1913

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen	M. LANDOUZY.
Professeurs	MM.
Anatomie	NICOLAS.
Physiologie	Ch. RICHET.
Physique médicale	WEISS.
Chimie organique et Chimie générale	DESGREZ.
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	BLANCHARD.
Pathologie et thérapeutique générales	ACHARD.
Pathologie médicale	WIDAL. TEISSIER.
Pathologie chirurgicale	LEJARS.
Anatomie pathologique	P. MARIE.
Histologie	PRENANT.
Opérations et appareils	Auguste BROCA.
Pharmacologie et Matière médicale	POUCHET.
Thérapeutique	MARFAN.
Hygiène	CHANTEMESSE.
Médecine légale	THOINOT.
Histoire de la Médecine et de la Chirurgie	LETULLE.
Pathologie expérimentale et comparée	ROGER.
Clinique médicale	DEBOVE. LANDOUZY. GILBERT CHAUFFARD.
Maladies des enfants	HUTINEL.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	G. BALLET.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GAUCHER.
Clinique des maladies du système nerveux	DEJERINE.
Clinique chirurgicale	DELBET. QUENU. RECLUS. HARTMANN.
Clinique ophtalmologique	De LAPERSONNE.
Clinique des maladies des voies urinaires	LEGUEU. BAR.
Clinique d'accouchements	PINARD. RIBEMONT-DESSAIGNES.
Clinique gynécologique	POZZI.
Clinique chirurgicale infantile	KIRMISSON.
Clinique thérapeutique	A. ROBIN.

Agrégés en exercice

MM.	MM.	MM.	MM.
ALGLAVE.	GUENIOT.	LERI.	RICHAUD.
BERNARD.	GUILLAIN.	LOEPER.	ROUSSY.
BRANCA.	JEANNIN.	MAILLARD.	ROUVIERE.
BRUMPT.	JOUSSET (André).	MOCQUOT.	SAUVAGE.
CAMUS.	LABBE (Henri).	MULON.	SCHWARTZ (Anselme).
CASTAIGNE.	LAIGNEL-LAVASTINE.	NICLOUX.	SICARD.
CHAMPY.	LANGLOIS.	NOBECOURT	TANON.
CHEVASSU.	LECENE.	OKINCZYC.	TERRIEN.
COUVELAIRE.	LEMIERRE.	OMBREDANNE.	TIFFENEAU.
DESMAREST.	LENORMANT.	RATHERY.	VILLARET.
GOUGEROT.	LEQUEUX.	RETTERER.	ZIMMERN.
GREGOIRE.	LEREBOULLET.	RIBIERRE.	

Le Secrétaire de la Faculté : DESTOUCHES.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

MEIS ET AMICIS

51457

A M. le Professeur GILBERT-BALLET

Médecin des Hôpitaux
Membre de l'Académie de médecine
Officier de la Légion d'honneur.

Qui m'a fait l'honneur d'accepter la présidence de cette thèse.

A MON MAITRE

M. le Docteur A. VIGOUROUX

Qui m'a donné le sujet de cette thèse et qui a bien voulu me guider dans mes travaux.

Qu'il daigne agréer ici l'expression de ma profonde reconnaissance.

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX DE TOULOUSE

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX DE PARIS

A MES MAITRES DANS LES ASILES DE LA SEINE

AVANT-PROPOS

« Il faut savoir trancher les questions même au risque d'errer. On rend plus de services à la science par l'erreur que par la confusion. »
(Claude Bernard).

« L'alternance entre les symptômes, l'intermittence et la remittence de ces symptômes, le retour périodique de certains phénomènes maladifs de la phase initiale..., Voilà les éléments pathologiques essentiels des maladies nerveuses en général et de la folie en particulier ». C'est par ces mots que Morel, dans son *Traité des maladies mentales*, commence le chapitre bien connu dans lequel il expose les raisons cliniques qui l'empêchent d'accepter pour des formes distinctes *la folie à double forme* de Baillarger et *la folie circulaire* de Falret, qui lui paraissaient être des situations pathologiques observées dans toutes les formes de la folie.

Cependant, sous le nom de folie intermittente, les accidents mentaux décrits par Baillarger et Falret ont pris place dans la classification des maladies mentales pendant la seconde moitié du siècle dernier. Si leur pathogénie restait toujours aussi mystérieuse, l'accord était fait sur leur séméiologie, leur évolution et leur pronostic.

Cet accord unanime était dû, semble-t-il, à ce que le cadre des folies intermittentes était relativement restreint et ses limites précises malgré la diversité de ses formes : circulaires, alternantes, etc. Etaient seuls qualifiés intermittents des malades ayant des accès d'excitation ou de dépression se reproduisant ou alternant périodiquement, et séparés entre eux par des intervalles de calme et de lucidité plus ou moins longs, et d'une durée fixe.

La conception de la folie maniaque-dépressive, beaucoup plus compréhensive, a modifié profondément le cadre de la folie intermittente, en englobant à côté des états d'excitation et de dépression périodiques tous les accès maniaques et mélancoliques et les délires polymorphes, survenant à des intervalles irréguliers, sans aucune périodicité.

De ce fait, le diagnostic est devenu très difficile à faire entre certains accès délirants récidivants provoqués par des causes morales, toxiques ou infectieuses et les accès de la manie dépressive.

Ce diagnostic a cependant une très grande importance, car non seulement il comporte un pronostic différent suivant les cas, mais parce qu'en outre il commande une thérapeutique distincte.

Nous savons en effet que pour certains, les accès de folie maniaque-dépressive, survenant sans cause, ne comportent aucune thérapeutique pathogénique et que si le pronostic de l'accès est favorable, celui de la maladie est des plus sombres.

D'autre part, la folie intermittente comme la psychose maniaque-dépressive, naît sur un terrain spécial appelé par les uns dégénérescence mentale, par les autres cons-

titution cyclothymique, dont il convient de préciser l'importance.

Il importe donc, pour éviter toute confusion préjudiciable aux malades, et dans l'intérêt de la classification nosologique, de préciser la signification de certains termes et de voir si, entre les accès survenant sans cause chez des prédisposés constitutionnels et les accès d'origine toxi-infectieuse survenant chez de simples prédisposés, il n'existe pas de formes de transition utiles à connaître.

Dans la pathologie générale, d'après Roger, les termes *intermittence*, *récidive*, *rechute*, sont employés avec les significations suivantes :

1° Sont dits *intermittents* les accès, les accidents passagers qui se manifestent périodiquement, laissant dans l'intervalle la santé intacte au moins en apparence.

Tels sont les accès intermittents de fièvre chez le paludique. L'intermittence s'explique dans ce cas par le genre de vie du parasite.

Telles sont les attaques d'épilepsie considérées comme une sorte de décharge qui a pour effet de neutraliser, d'éliminer ou de modifier des substances auto-toxiques.

Tels sont enfin les accès de goutte, préparés par des modifications de la nutrition chez les diathésiques, les accès d'urémie convulsivante, comateuse ou suffocante survenant à des intervalles reguliers chez des brightiques, etc.

Tous ces sujets présentant des accidents intermittents sont atteints dans l'intervalle de leurs accès d'affections organiques évoluant de façon latente, mais dont la réalité est indiscutable.

2° La *récidive* est une reprise de la maladie survenant alors que le malade a depuis longtemps recouvré la santé, sous l'influence d'une nouvelle atteinte de la même infection ou de la même intoxication.

3° La *rechute* se distingue de la récidive par ce fait que la réapparition des accidents a lieu alors que le malade est encore dans la période de convalescence. S'il s'agit de maladie infectieuse, la récidive est dûe à une infection nouvelle, la rechute à un réveil de l'infection actuelle.

Les symptômes récidivants et intermittents se distinguent donc par ce caractère que dans l'intervalle de deux récidives le malade est vraiment guéri, alors que dans l'intervalle de deux paroxysmes intermittents il n'a de la santé que l'apparence.

4° La *rémission* consiste en l'atténuation plus ou moins grande des différents symptômes sans que la maladie ou l'affection puisse être considérée comme guérie.

Pouvons-nous appliquer ces définitions à l'étude de la marche et de l'évolution des différentes maladies mentales ?

La paralysie générale offre, parfois, des rémissions longues qui ont été bien étudiées et même des intermissions dans sa forme tabétique par exemple.

L'alcoolisme chronique présente souvent, à des intervalles plus ou moins éloignés, des accès subaigus de délire hallucinatoire. Telles sont par exemple les folies à éclipse décrites par Legrain. Devons-nous considérer ces différents accès comme intermittents ou récidivants ?

En faveur de la récidive, il est possible d'invoquer qu'une fois l'accès délirant passé, la santé mentale

semble parfaite, qu'il est possible qu'un nouvel accès délirant ne se reproduise jamais et qu'enfin s'il se reproduit, il est souvent dû à de nouveaux excès alcooliques.

En faveur du caractère intermittent de ces accès, on peut objecter que l'accès délirant n'est qu'un épisode clinique de l'alcoolisme chronique, que même lorsque l'individu ne délire plus il est encore porteur de lésions organiques multiples dûes à l'action de l'alcool, qu'en fait souvent un nouvel accès délirant est produit non par un excès alcoolique, mais par un accident, une émotion, une infection.

Le type de l'accès récidivant nous paraît être la crise de l'ivresse délirante, dûe à l'action directe de l'alcool sur le cerveau et disparaissant après l'élimination du toxique. Bien qu'il soit possible d'admettre que l'alcool ait pu sensibiliser d'une certaine manière les éléments nerveux qu'il a touchés, le sujet désintoxiqué peut être considéré comme guéri, car l'expérience a montré qu'il n'aura pas de nouvelle crise d'ivresse délirante s'il ne consomme pas d'alcool.

Ce que nous venons de dire de l'ivresse délirante s'applique à tous les accès de confusion ou de délire dûs à une intoxication momentanée et non habituelle quelconque, à une infection de quelqu'origine qu'elle soit. *Ces délires toxiques ou infectieux sont des délires récidivants.*

Avant la conception de la psychose maniaque-dépressive, les affections mentales susceptibles de récidive étaient nombreuses : la manie et la mélancolie franche réapparaissant chez le même sujet à l'occasion des mêmes

causes morales ou physiques, chez les dégénérés ou prédisposés de Morel ou de Magnan les bouffées délirantes polymorphes survenant à des intervalles variés sous l'influence de causes minimes et multiples, etc.

Une exception était faite pour la folie intermittente, dont les accès d'apparence non motivés, périodiques, étaient dits intermittents et non récidivants à cause du terrain particulier sur lequel ils apparaissaient.

Si donc il était démontré et admis que la « constitution cyclothymique » est à la base de tous les accès maniaques et dépressifs et de toutes les bouffées délirantes survenant à intervalles irréguliers et qu'à la faveur de ce tempérament si particulier, ils apparaissent sans raison, sans motif, à des intervalles dont aucune loi ne régit la durée, deux conséquences découleraient de cette constatation : la première, que ces accès sont bien intermittents et non récidivants et par suite que malgré toutes les apparences de la santé mentale la plus absolue, les sujets ayant présenté des accidents mentaux passagers, restent des malades qui devraient être soumis à toutes les déchéances civiles ou pénales que comporte ce qualificatif appliqué au point de vue mental ; la seconde, c'est qu'en présence de tels malades le médecin, incapable de prévoir l'accès et d'en empêcher le retour, incapable même d'influencer l'évolution de la maladie, n'a plus qu'à se croiser les bras devant l'inévitable.

En fait, cela n'est pas. Que la constitution cyclothymique existe chez certains malades, ce n'est pas douteux. Mais de ce que la réalité de cette constitution a été constatée chez certains sujets présentant un accès maniaque ou dépressif, considérer que tous les maniaques dépres-

sifs sont des cyclothymiques, c'est faire un paralogisme inacceptable, c'est admettre une opinion que l'observation clinique ne confirme pas. La possibilité qu'une telle conception ait pu se faire jour et obtenir le succès dont elle jouit est due, à n'en pas douter, à l'énorme difficulté que les aliénistes ont éprouvée et éprouveront encore à découvrir les causes pathogéniques de ces accès de folie.

Certes, rien n'est plus mystérieux et plus impressionnant que le retour subit, inopiné, périodique, de certains accès de manie et de mélancolie chez des sujets la veille encore sains d'esprit et de corps au moins en apparence.

Mais parce que les causes de ces modifications subites nous restent encore cachées, devons-nous en conclure qu'elles n'existent pas ?

Les accès de fièvre palustre n'étaient-ils pas aussi mystérieux et impressionnants avant que Laveran n'ait découvert l'hématozoaire et étudié son évolution ?

L'épilepsie, le *morbus sacer*, ne voit-elle pas ses causes multiples se dévoiler une à une et restreindre de plus en plus le cadre où elle est dite essentielle et sans cause ?

Enfin la paralysie générale inflammatoire dont la pathogénie a été si souvent et si âprement discutée dans ces dernières années, n'a-t-elle pas été rangée enfin parmi les affections cérébrales d'origine spécifique ?

Le psychisme est une fonction cérébrale ; le cerveau fait partie de l'organisme tout entier et comme tous les autres organes, il est soumis aux effets des toxi-infections qui frappent les individus. Par contre, sa soumission aux lois générales permet d'espérer que les affections qui le touchent bénéficieront des progrès que

l'étude des infections, des intoxications et des auto-intoxications fait entrevoir en pathologie générale, tant au point de vue pathogénique que thérapeutique.

Les réactions psychiques du cerveau aux toxi-infections sont peu nombreuses : confusion, dépression, excitation, délire hallucinatoire. Ces manifestations n'ont pas le caractère spécifique qu'on leur a longtemps attribué.

Le délire d'action, le délire de rêve est le plus souvent observé dans les accès subaigus survenant au cours de l'alcoolisme chronique. Mais ce délire n'est pas pathognomonique de l'alcoolisme — d'autres intoxications très diverses le produisent — et d'autre part ce n'est pas le seul que l'alcoolisme puisse produire : il peut donner lieu en effet à de véritables accès de mélancolie, à des crises d'excitation, à la démence, à des délires de persécution.

Dans la paralysie générale, l'action du spirochète sur le cerveau ne produit-elle pas toutes les formes mentales: hypocondrie, mélancolie, excitation, etc. ? Que la démence et le délire absurde de grandeur soient les formes les plus souvent observées, il n'en est pas moins vrai que les autres manifestations mentales peuvent se montrer et donnent lieu souvent à des diagnostics très difficiles.

Les caractères des syndromes mentaux observés au cours des diverses intoxications ou infections ne sont donc pas commandés par la nature du toxique, ils le sont, ou du moins ils nous semblent l'être beaucoup par le tempérament, par le caractère du sujet.

La prédisposition domine en effet toute la pathologie mentale ; souvent congénitale, elle peut parfois être

acquise et de ce fait qu'elle est fonction du milieu, elle n'a pas le caractère de fatalité qui est attribué à la constitution : seule elle ne peut conditionner les troubles mentaux, elle n'est qu'un des facteurs, le second, le plus important à nos yeux, étant l'infection, l'intoxication ou l'auto-intoxication.

Dans l'étude des délires et des troubles mentaux qui sont provoqués par l'insuffisance rénale, nous allons décrire surtout des accès d'excitation et de dépression survenant à intervalles plus ou moins réguliers chez des sujets atteints de maladie de Bright et se manifestant à l'occasion ou du moins en même temps que d'autres symptômes d'insuffisance rénale.

Ces troubles mentaux doivent-ils être considérés comme récidivants ou comme intermittents ?

Comme nous le disions plus haut pour l'alcoolisme chronique, envisagés au point de vue purement psychique, ils sont évidemment récidivants car la guérison des accidents mentaux est complète ; ils peuvent être considérés comme intermittents car la lésion rénale persiste et les accidents de diverse nature qu'elle provoque : œdème, dyspnée, etc., sont intermittents.

Quoi qu'il en soit, l'alternance de leur réapparition les rapproche des accès de folie intermittente.

Certains des accès que nous avons observés et que nous rapportons ont revêtu l'aspect classique de la confusion, d'autres de la confusion avec agitation maniaque, d'autres enfin de l'excitation maniaque pure ou de la dépression pure.

Dans quelques cas, les signes de brightisme n'étaient pas évidents et demandaient à être recherchés avec soin.

Aussi avons-nous pu ranger parmi nos délirants brightiques des sujets que des aliénistes avaient considérés comme des intermittents purs.

Enfin nous avons constaté dans un nombre relativement grand de cas de folie intermittente pure des signes d'insuffisance rénale sans que nous ayons pu établir un rapport de causalité entre cette insuffisance et les accès.

Nous avons donc apporté une série d'observations par lesquelles on passe sans transition choquante des accès récidivants d'urémie délirante aux accès d'excitation maniaque de la folie intermittente. Certes nous ne voulons pas dire, et nous ne disons pas, que c'est dans l'intoxication rénale qu'il faut chercher toutes les causes des accès de folie intermittente, mais dans certains cas cette pathogénie nous a parue admissible et de la sorte nous espérons avoir, en partie, comblé le fossé qui sépare les psychoses toxiques des psychoses dites sans causes.

Nous espérons que les progrès de la physiologie pathologique du rein, le perfectionnement des procédés de recherches permettront d'augmenter le nombre des cas de folie brightique susceptibles de traitement et de guérison. De plus, nous savons que le rein n'est pas le seul organe dont l'insuffisance peut amener la production de toxines susceptibles d'agir sur le cerveau et cette notion augmente encore l'espoir que nous avons de voir disparaître du cadre des maladies mentales, les psychoses essentielles.

HISTORIQUE

« Lorsque dans l'une des branches du savoir un fait nouveau, ou qui jusque là avait passé inaperçu est découvert, l'érudition est aussitôt mise en éveil. On dépouille avec le plus grand soin les auteurs anciens et, si par hasard les chercheurs arrivent à y trouver quelque trace de la nouvelle découverte, ils se diviseront en deux camps : les uns ne verront dans ces vieux textes qu'une nouvelle confirmation du proverbe qui dit qu'il n'y a rien de nouveau sous le soleil, les autres plus philosophes étudieront avec impartialité les documents tirés de la poussière des bibliothèques et s'appliqueront à rechercher de quelle manière nos ancêtres interprétaient le phénomène en question. » (Ritti, *Traité clinique de la folie à double forme*).

C'est dire que si nous voulions envisager l'évolution de la conception des folies intermittentes depuis l'époque à laquelle on peut en trouver des traces chez les auteurs anciens, il nous faudrait remonter aux précurseurs de la médecine, à Arétée de Cappadoce et à Galien. Tel n'est pas notre but : l'histoire des états intermittents remonte en réalité à Baillarger et à Falret, qui, les premiers, ont reconnu dans ce fait un état morbide particulier, une entité nosologique véritable.

Cependant, avant eux, Pinel, Dubuisson, Esquirol avaient déjà publié des observations de malades chez qui la manie ou la mélancolie récidivaient et aussi d'autres chez qui on voyait succéder à des états maniaques des états de mélancolie simple ou avec stupeur. d' « idiotisme » comme on disait alors, et Griesinger en 1845 entrevoyait déjà le fait capital, la révolution cyclique des accès.

Toutefois, l'entité morbide restait à créer, ce fut l'œuvre de Baillarger dans son mémoire intitulé : « *Note sur un genre de folie dont les accès sont caractérisés par deux périodes régulières, l'une de dépression, l'autre d'excitation.* »

Ses conclusions étaient les suivantes : 1° en dehors de la monomanie, de la mélancolie et de la manie, il existe un genre spécial de folie caractérisée par deux périodes régulières, l'une de dépression et l'autre d'excitation ; 2° ce genre de folie se présente soit à l'état d'accès isolés, soit par accès se reproduisant d'une manière intermittente, soit par accès se succédant sans interruption.

Baillarger donna à cette nouvelle forme de folie le nom de *folie à double forme*.

Ce qui la caractérisait essentiellement, c'est que son élément, l'accès à double forme, était constitué par l'accouplement de deux états successifs : un état de manie et un état de mélancolie.

A peine cette nouvelle entité clinique était-elle née que Falret souleva à l'Académie une question de priorité. Dans ses Leçons cliniques publiées en 1851 à la *Gazette des Hôpitaux*, il avait décrit *une forme circulaire des maladies mentales*. En 1854, son mémoire déposé à l'Académie a pour but de légitimer la création

d'une nouvelle forme de folie, qu'il appelle la *folie circulaire* et qu'il différencie nettement de la folie à double forme de Baillarger, par ce fait qu'entre l'accès maniaque et l'accès dépressif existe un intervalle lucide. Baillarger n'admettait pas cet intervalle, tout au moins entre les deux phases de l'accès : « Quand les accès sont courts, dit-il, la transition de la première à la seconde période a lieu d'une manière brusque et ordinairement pendant le sommeil. Elle se fait au contraire très lentement et par degrés quand les accès sont prolongés. Dans ce dernier cas les malades semblent entrer en convalescence à la fin de la première période ; *mais si le retour à la santé n'est pas complet avant quinze jours, un mois, six semaines au plus*, la seconde période éclate ».

Notons en passant que cet intervalle lucide, objet du litige, élément essentiel qui, au dire de Falret, différenciait catégoriquement les deux maladies, ce même auteur en avait formellement nié l'existence dans ses leçons de la *Gazette des Hôpitaux* (1851).

En réalité, il s'agissait bien d'une même maladie, *la folie intermittente,* mais sous deux types cliniques différents et l'absence ou la présence de l'intervalle lucide était suffisante pour légitimer la création de deux formes distinctes.

Cette conception de la folie intermittente fut d'abord difficilement acceptée. Nous avons dit que Morel, dans son *Traité des maladies mentales,* l'avait niée en tant qu'entité nosologique, estimant que la circularité ou l'alternance ne suffisent pas pour caractériser une maladie : « Je ne puis, en ce qui me concerne, écrit-il, accepter pour

des formes distinctes, pour des genres spéciaux, des situations pathologiques qui sont observées dans toutes les variétés de la folie en général ». Mais il n'en avait pas moins vu toute l'importance du phénomène de l'intermittence en pathologie mentale et il avait singulièrement élargi les limites de son cadre. Falret et Baillarger croyaient que les cas de folie à double forme sont assez rares, Morel montra, au contraire, que le caractère de l'intermittence se rencontre dans toutes les affections mentales des dégénérés héréditaires, de telle sorte qu'il pourrait être considéré comme le précurseur de la conception allemande de la folie maniaque-dépressive, de même que le premier il a noté l'analogie de ces accès à début brusque avec les accès épileptiques.

Avec Marcé et Dagonet, la folie intermittente trouva une place dans les classifications. Ritti lui consacra une longue étude admirablement documentée. Pendant près de vingt ans, Magnan, Régis dans son *Précis de Psychiatrie*, Gilbert Ballet dans son article magistral sur la folie périodique (*Traité de Médecine*), les auteurs allemands Meyer, Kirn, Kraft-Ebing, Schule et même Kræpelin dans la 4e édition de son *Traité* (1893), firent, à côté de la manie et de la mélancolie simple, de la manie et de la mélancolie récidivante, un groupe spécial pour les psychoses périodiques ou intermittentes. Les formes admises étaient multiples : périodiques, à double forme, circulaires, intermittentes, remittentes, etc.

Au Congrès de Berlin de 1890, Magnan présenta un travail très important tendant à grouper dans un type synthétique tous ces types cliniques, assurément disparates, mais dont les caractères étaient insuffisants pour en

faire des formes spéciales. Il constitua ainsi la folie intermittente et lui assigna des manifestations cliniques, une évolution et une pathogénie qui lui permettaient d'en exclure la manie et la mélancolie simple et les accès récidivants des dégénérés.

En 1899, Kræpelin bouleversa la classification si longtemps admise par sa conception de la psychose maniaque-dépressive.

Non seulement, suivant en cela l'exemple de Magnan, il rassembla dans le même cadre toutes les folies intermittentes, mais il leur adjoignit tous les cas de manie ou de mélancolie dits simples, et aussi les bouffées délirantes polymorphes récidivantes des héréditaires dégénérés. Seule, à cette époque tout au moins, la mélancolie d'involution présénile resta considérée comme une forme à part.

Les bases de cette théorie reposent sur plusieurs hypothèses : tout d'abord, il n'existe pas de cas de manie ou de mélancolie simple ; lorsqu'on suit attentivement un maniaque, on voit qu'il ne présente jamais un accès unique. La récidive est fatale, fruste peut-être, mais néanmoins certaine.

Les manies et mélancolies périodiques pures n'existent pas non plus : toujours chez un mélancolique périodique il est possible de relever à une certaine époque de sa maladie des symptômes d'excitation maniaque.

Enfin, Kræpelin s'attache à démontrer, et c'est peut-être sur ce point qu'il fut le plus critiqué, que les états maniaques et dépressifs, sous des apparences si dissemblales, *ne sont en réalité que deux modalités réactionnelles différentes, dues à des troubles d'origine et de nature*

identiques. Tous les troubles que l'on observe chez eux sont des troubles « hypo ou para, jamais hyper », et ils relèvent de la même origine et du même mécanisme psycho-pathologique.

Somme toute, Kræpelin comprend sous le nom de psychose maniaque-dépressive toutes les formes mentales dans lesquelles évoluent les états maniaques et dépressifs dans toutes les combinaisons possibles, non seulement successivement, mais encore simultanément, car depuis 1904, dans la 7e édition de son *Traité*, il admet les états mixtes.

Il ne nous appartient pas ici, dans les limites restreintes où nous nous trouvons, de discuter la valeur de cette conception. L'accord est encore loin d'être fait, d'autant plus que les élèves de Kræpelin, poussant encore plus loin le cadre de la conception de leur maître, ont peut-être fini par dépasser la mesure et un grand nombre d'aliénistes, parmi lesquels Rémond et Voivenel, se sont avec juste raison élevés contre cette exagération.

D'une façon générale, cette conception trouva bon accueil à l'étranger : Taalman, Hinrinchsen, Weygandt, Thomsen, Claus, Buck, etc., acceptèrent sans conteste les théories de l'école de Munich ; nous ne trouvons guère que Tiling en Allemagne, Gucci en Italie, qui restent fidèles aux vieilles doctrines.

En France, au contraire, si l'opinion de Kræpelin fut volontiers acceptée par Sérieux, Capgras, Gilbert Ballet, Deny, Rogues de Fursac, beaucoup se refusèrent et se refusent encore à l'admettre.

Avec Rougé, Parant et surtout Rémond et Régis, s'est constituée une école imposante qui admet l'exis-

tence de la manie et de la mélancolie franche et rejette les états mixtes. « Kræpelin, écrit Rémond, considère que la manie et la mélancolie ne sont que des états, nous voulons au contraire y voir des maladies..... C'est parce que Kræpelin et ses disciples ont systématiquement tenu dans l'ombre la séméiologie physique de leurs malades, comme s'il pouvait y avoir chez l'homme autre chose que des maladies physiques, qu'ils sont tombés dans cette erreur de ne plus saisir ce qui différenciait les formes autonomes des formes circulaires ». Regis, dans la dernière édition de son *Précis* (1914) déclare : « En ce qui me concerne, je continue à ne pouvoir partager les vues, trop absolues à mon avis, de Kræpelin ».

Au Congrès de Genève-Lausanne (1907), Autheaume posa la question très importante de savoir si la conception française des psychoses périodiques pouvait être identifiée à la conception allemande de la psychose maniaque-dépressive et conclut par la négative, estimant qu'il faut faire pour chacune d'elle une description spéciale ; Regis, Vallon, Pailhas se rangèrent à son avis, tandis que Gilbert-Ballet et Deny identifiaient les deux conceptions. Gilbert-Ballet cependant demandait que le terme de psychose périodique fut préféré, car il le trouvait à juste titre plus explicite et plus exact et surtout parce qu'il permettait de concevoir la manie et la mélancolie intermittente pure. Signalons enfin dans ces dernières années les articles de Peixoto, Soutzo, Franco di Roccha, Gilbert-Ballet, qui ont contribué à mettre la question au point.

En résumé, le groupe des folies intermittentes, disso-

cié par Baillarger et Falrèt, bien délimité par Magnan et son école, voit avec Kræpelin son cadre considérablement agrandi. Nous nous trouvons en présence de deux conceptions différentes : la première, celle de Magnan, Regis qui reconnaît l'existence, à côté des formes intermittentes, d'accès de manie ou de mélancolie, d'accès récidivants d'excitation maniaque et de dépression mélancolique, d'accès récidivants de bouffées délirantes polymorphes.

La seconde, celle de Kræpelin et son école, qui englobe toutes ces différentes affections dans la même maladie mentale, la folie maniaque-dépressive.

Dans la première conception, un accès d'excitation ou de dépression peut être un épisode unique dans la vie d'un sujet, dans la seconde il est considéré comme le prélude de beaucoup d'autres.

Mais si nous ne considérons que les accès vraiment périodiques, intermittents, les deux théories s'accordent pour reconnaître qu'ils se présentent sans cause organique connue.

En dehors de l'évolution intermittente, l'absence de cause connue est le seul caractère commun de ces troubles mentaux. C'est un caractère négatif qui les sépare surtout des accès récidivants d'origine toxique ou infectieuse. Nous allons essayer d'examiner dans une vue d'ensemble à quelles conclusions a mené l'étude de leur pathogénie.

L'ÉTIOLOGIE ET LA PATHOGÉNIE DES FOLIES INTERMITTENTES

« Comme on le voit par cette simple énumération, disent Deny et Camus au chapitre des causes occasionnelles, dans leur monographie sur la psychose maniaque-dépressive, c'est l'interminable série des causes banales invoquées par les familles à l'occasion de tous les genres de folie. *Leur variété exclut leur spécificité* ».

Et de fait, si nous relisons le chapitre *étiologie* qu'ont écrit à peu près tous les auteurs de Baillarger à nos jours dans la recherche des causes de la folie intermittente, nous constatons combien cette question est restée stationnaire et pleine encore d'obscurité.

Selon la méthode classique, tous divisèrent ce chapitre en deux parties, la première traitant des causes prédisposantes, la seconde des causes occasionnelles.

Ce fut sur la première partie que se porta tout l'intérêt de la question, surtout avec Morel et Magnan. Peu à peu fut délimité un type schématique d'individus qui, par leurs antécédents héréditaires lourdement chargés, par leur constitution mentale instable et sujette à de brusques variations, étaient particulièrement aptes à présenter des accidents mentaux intermittents. Mais à tout bien considérer, si la dénomination changea, le fond ne resta-t-il pas identique ? Le prédisposé héréditaire

devint le dégénéré mental, puis le cyclothymique. Le type s'était précisé, on lui avait assigné un cadre bien limité, trop peut-être, mais l'idée directrice était restée la même.

Sur la seconde partie, au contraire, la question resta stationnaire. A mesure que les nouveaux traités paraissaient, les auteurs se transmettaient la liste des causes occasionnelles des folies intermittentes sans presque rien changer, y ajoutant tout au plus quelque nouvelle donnée que leur fournissait la médecine générale ; il semble vraiment que cette question ne les intéressait nullement et qu'ils fournissaient cette liste de causes uniquement pour qu'on ne puisse pas leur reprocher d'être incomplets.

Quant à savoir si un lien quelconque unissait ces causes prédisposantes et ces causes occasionnelles, tout d'abord les auteurs n'y attachèrent aucune importance, puis ils affirmèrent qu'il ne pouvait y avoir aucune corrélation entre eux.

Cette question intéressa si peu les auteurs du siècle dernier, que Baillarger n'en parla pour ainsi dire pas lorsqu'il créa son type clinique. Falret, au contraire, insista beaucoup sur le caractère héréditaire de la maladie et avec Morel et Magnan, cette question de l'hérédité devint prépondérante. Notons cependant que Morel fait déjà jouer un certain rôle à l'état de l'organisme : « Maintenant, dit-il, en dehors des variétés spéciales d'aliénation dans lesquelles l'alternance, la périodicité, l'intermittence, la remittence forment les éléments constitutifs de la marche, du développement et de la terminaison de ces affections, il est juste de signaler les

rapports dans lesquels se trouvent ces phénomènes avec des lésions ou des maladies spéciales de l'organisme ».

Pour Magnan, tout devint une question de degré de dégénérescence : un individu présentait-il un accès de manie simple, ne récidivant pas, c'est qu'il n'était pas un dégénéré. Faisait-il des accès intermittents : il était classé comme moyennement dégénéré. Présentait-il des bouffées délirantes récidivantes : c'était le type le plus complet du dégénéré.

En outre, et comme conséquence de cette loi, plus son cerveau était lourdement taré et plus la cause (morale ou physique, on s'en préoccupait peu), capable de déclancher l'accès était minime, de sorte qu'on arrivait à cette conception du vrai dégénéré, délirant sans cause, uniquement parce qu'il est un dégénéré. Certes, ce n'était pas la négation absolue des causes physiques dans l'apparition des accès intermittents, mais combien cette influence paraissait peu importante ! « Dans les formes mentales que nous allons examiner, écrit Magnan, nous sommes en pleine intermittence, on pourrait dire aussi en pleine diathèse, c'est-à-dire que le fou intermittent, comme le rhumatisant, après une première manifestation de son état diathésique, revient à la santé sans que rien ne trahisse au dehors sa disposition maladive qui, à la suite des causes les plus légères, et parfois même sans cause appréciable, se traduira chez l'un par une arthrite, un torticolis ou une sciatique, chez l'autre par un accès maniaque ou mélancolique, accompagné parfois d'idées délirantes plus ou moins systématisées ». Et au Congrès de Genève-Lausanne, en 1907, Autheaume citait comme caractère propre aux folies périodiques :

« Il en est un autre, et celui-ci est négatif : c'est l'absence de causes déterminant l'accès ».

Et pourtant, ces causes occasionnelles, Ritti les avait longuement détaillées : à côté de l'hérédité, de l'hystérie et de l'épilepsie, les traumatismes cérébraux, les affections de l'utérus, la puerpéralité, la syphilis, l'alcoolisme, les fièvres compliquées d'accidents cérébraux, pouvaient, disait-il, jouer un certain rôle dans la genèse des accès, mais ce rôle il le passe entièrement sous silence.

Dagonet, dans son Traité, n'est pas plus explicite. Kraft-Ebing, en plaçant ses psychoses intermittentes dans le cadre des dégénérescences psychiques, marque bien l'importance qu'il attribue à l'état mental antérieur du sujet, mais il estime que cet état suffit à expliquer l'apparition des accès.

Marchand pense que si « les émotions, la ménopause, les infections et les intoxications paraissent jouer un certain rôle dans la répétition des accès, le plus souvent les accès éclatent sans cause apparente ». Rogues de Fursac déclare : « Les causes immédiates sont inconnues. Celles qui sont invoquées par les malades et par les parents sont le plus souvent sans valeur..... Un seul point est donc acquis : la folie maniaque-dépressive est une maladie des dégénérés. Si vague que soit cette étiologie, nous devons nous en contenter, faute de mieux ».

Quelle fut l'influence de la conception kræpelinienne sur cette question de l'importance des causes occasionnelles? Elle ne marqua pas un effort en avant, bien au contraire. Pour Kræpelin, qui a donné aux psychoses

toxiques et infectieuses la place importante qu'on connaît dans sa classification, le maniaque dépressif devient un malade doté d'une prédisposition mentale telle que sous l'influence de causes sans importance et sans intérêt il fait à intervalles plus ou moins irréguliers des accès de dépression et d'excitation. La psychose maniaque dépressive est purement une maladie de la sensibilité morale, de la cénesthésie cérébrale, une dyscénesthésie dans laquelle l'état physique peut présenter un certain intérêt, mais ne doit nullement être mis en cause dans la genèse des accidents mentaux.

Récemment, cette conception de la maniaque dépressive, maladie de la sensibilité morale, a été battue en brèche par Tastevin et Couchoud qui, dans une série de travaux, discutés en particulier par Courbon et Benon ont conclu qu'il ne s'agissait plus de manie et de mélancolie, mais d'hypersthénie et d'asthénie et que le trouble primitif était non plus une oscillation de l'affectivité, mais une perturbation motrice ou psychique sous l'influence de la douleur physique.

Avec la conception de Kræpelin s'est vulgarisée la conception de la cyclothymie. Le cyclothymique, pour Kahn, est un déséquilibré constitutionnel, un déséquilibré de la sensibilité morale, « *un individu atteint d'agénésie psychique partielle* (Gilbert-Ballet) ». Autrement dit, c'est un individu d'humeur suffisamment instable, pour qu'à l'occasion d'une cause toute accidentelle, qui serait sans effet sur un sujet sain, les troubles légers de la sensibilité, de l'activité, de l'affectivité qu'il présente prennent une ampleur suffisante pour constituer un état maniaque ou mélancolique. Remarquons que

pour Deny, et contrairement à l'opinion de certains, Smith Ely Jeliffe par exemple, le cyclothymique n'est pas un maniaque dépressif à forme très atténuée, c'est un *prédisposé* à la folie maniaque dépressive et entre ses accès, il restera un cyclothymique. En réalité, comme le font très justement remarquer Vinchon, Rodiet et Masselon, la cyclothymie est le tempérament de prédisposé héréditaire tel que l'avait conçu Morel.

Ce tempérament, qu'on le considère comme congénital ou acquis, est par définition même incurable, et il confère naturellement l'incurabilité à la psychose maniaque dépressive. Et Kahn arrive à dire qu'il faut considérer comme distinctes les manifestations cyclothymiques et les accès de dépression ou d'excitation qui surviennent dans certaines dyspepsies ou diathèses par ce seul fait que ces dernières peuvent guérir. On voit à quelle pétition de principe on aboutit : la psychose maniaque dépressive étant *par définition* incurable, si on observe un cas de guérison, c'est qu'on avait fait une erreur de diagnostic. Et ceci est d'autant plus grave que les limites de la cyclothymie sont infiniment délicates à définir, surtout comme l'ont montré Soukhanoff et Hartemberg quand on veut bien considérer toutes ses associations avec la neurasthénie et la psychasthénie, et que ses manifestations semblent parfois si banales qu'on a la sensation qu'on peut les retrouver chez beaucoup d'individus en apparence normaux. Gilbert-Ballet n'a-t-il pas écrit ces lignes devenues classiques : « Le monde est plein de circulaires que l'on tient pour de simples lunatiques parce qu'on les trouve tantôt plus indifférents aux choses du monde et plus tristes qu'il ne convient, tantôt

plus exubérants et plus entreprenants que de raison. Je me suis même demandé quelquefois, et je vous livre cette hypothèse pour ce qu'elle vaut, si la circularité n'était pas une loi de fonctionnement de notre système nerveux, si nous n'étions pas tous à quelque degré des circulaires et si l'état pathologique qui constitue la folie périodique dans sa forme la plus caractéristique n'était pas simplement le grossissement et l'énorme amplification d'une manière d'être qui nous est à tous naturelle. » Et Lépine remarque que « nul ne peut se vanter d'être assez puissamment équilibré pour conserver en toute circonstance une égale disposition d'esprit ou une activité constante pour être préservé de ces hauts et ces bas sur lesquels se complètent, chez l'homme le plus normal, les effets de la périodicité quotidienne. »

Mais la cyclothymie ne se bornait pas à conférer l'incurabilité à la folie maniaque dépressive : n'étant elle-même qu'un trouble de l'humeur, sans altération organique, et cérébrale en particulier, il en découlait tout naturellement qu'étant donné les notions anatomo-pathologiques que nous possédons sur l'état du cerveau dans les démences, la psychose maniaque dépressive ne pouvait pas aboutir à la démence. Or, c'était un fait contraire à la clinique, et Garczinski affirme même que toute psychose maniaque dépressive aboutit à la démence, parce que c'est une règle commune à toutes les psychoses récidivantes. On invoqua alors que, sans avoir de rapports avec l'étiologie de la maladie, l'artério-sclérose était remarquablement fréquente chez ces malades et que c'était d'elle que relevait la démence ; mais sous la hantise de cette psychose sans causes, personne n'osa

faire rentrer l'artério-sclérose cérébrale dans la genèse des accès maniaques dépressifs.

Lépine, avec beaucoup d'humour, définit ainsi ces malades : « C'est toute la maladie, dit l'école de Kræpelin, ils rechutent parce qu'ils rechutent, sans cause apparente, et ils rechuteront toujours, quoiqu'on fasse, parce que leur cerveau est ainsi et qu'on ne change pas un cerveau. On peut objecter que certains de ces malades sont des arthritiques avérés, chez lesquels les épisodes mentaux apparaissent comme des crises de saturation toxique, que d'autres sont des constipés chroniques... Peu importe, répondent les partisans de la thèse cyclothymique, les cas où on croit découvrir une cause ne prouvent rien. »

Quelle stérile conception de la psychiatrie, surtout à une époque où, ainsi que le faisait remarquer Lépine dans sa Leçon d'ouverture, la biologie, l'anatomie pathologique, la chimie sont venues apporter leur aide efficace à la simple clinique.

Heureusement, beaucoup ne se contentent pas d'une thèse aussi purement hypothétique et depuis longtemps la pathogénie des folies intermittentes a soulevé d'intéressants problèmes.

Meynert, puis Schubert avaient cru voir dans les alternatives de dépression et d'excitation une résultante de l'ischémie ou de l'hyperhémie des centres nerveux ; Tanzi y vit une intoxication agissant sur des centres prédisposés. Parhon et Marbe invoquèrent l'insuffisance thyroïdienne, Mabille et Lallemant une auto-intoxication, Mouratoff une insuffisance surrénale.

Frappés par la ressemblance des accès intermittents et des crises d'épilepsie, dont la pathogénie est aujour-

d'hui beaucoup mieux éclairée, Anglade et Jacquin, s'inspirant de Morel, se demandèrent si ce n'était pas deux formes d'une affection identique.

Après Baillarger lui-même, James H. Heard, Ennen, Weber, Rosenfeld, Hutchings, Albrecht notent la fréquence de l'artério-sclérose dans les folies périodiques. Leroy invoque dans un cas l'action de la puerpéralité, Pardo de la constipation. Mosny et Barat, Dupré et Charpentier voient des accès réapparaître manifestement à l'occasion d'une méningite syphilitique. Taubert et Hoppe invoquent dans certains cas des lésions primitives de l'encéphale, diffuses ou en foyer.

Enfin l'anatomie pathologique semble vouloir se préciser. Anglade et Jacquin décrivent une prolifération intense de la névroglie, comme dans l'épilepsie et Thalbitzer invoque la lésion du faisceau prismatique de Helweg, qui par son influence sur le système vasomoteur du cerveau, provoquerait des variations dans l'humeur.

D'ailleurs, d'ardents défenseurs de la conception Kræpelinienne, comme Soukhanoff et Gannouchkine n'avouent-ils pas qu'une partie des folies circulaires doit être envisagée comme ayant un fond organique qui, il est vrai n'est pas encore élucidé et Kahn, comme le fait remarquer si judicieusement Vigouroux (*La Clinique*, 11 février 1910), n'est-il pas un peu revenu de son opinion première sur tout ce qui, dans la cyclothymie pouvait avoir des rapports avec les diathèses en disant dans un article du *Progrès Médical* de 1910 : « *Mais il nous reste à signaler que des troubles de l'humeur ont souvent été notés au cours du diabète, des diathèses*

hépatiques, *uricémiques ou neuro-cutanées*. Dans les observations publiées, ces troubles de l'humeur coïncident ou alternent avec les manifestations de ces diathèses.... La question des rapports de la cyclothymie et des diathèses est *trop importante* pour que quelques lignes suffisent à la résoudre. Nous n'avons voulu ici que l'énumérer de façon à ne pas laisser incomplète la brève description de notre maladie constitutionnelle de l'humeur, véritable diathèse psychique, *et ne pas l'isoler d'autres diathèses auxquelles bien des fois elle a paru se lier et dans son étiologie et dans son évolution.* »

La question de l'importance de l'état physique dans les folies intermittentes est donc très imparfaitement résolue.

Puisse ce modeste travail contribuer un peu à éclairer la pathogénie des états maniaques dépressifs et attirer de plus en plus l'esprit des cliniciens sur l'organisme tout entier. Avec Roger Dupouy, nous nous étonnons que l'on ait toujours une tendance à raisonner pour les affections du cerveau et leurs manifestations mentales autrement que pour les maladies du foie et du rein.

Mais nous insistons vivement sur ce point que, si nous croyons qu'il est parfois possible de trouver à la base de ces états intermittents une condition organique telle qu'elle nous permette de comprendre les accidents mentaux et leur évolution cyclique, nous ne pouvons pas encore généraliser à tous ces états. En outre, si nous accordons une certaine prépondérance aux phénomènes d'ordre physique, nous ne nions pas qu'il faille un terrain spécial pour que les accidents mentaux puissent se développer, bien au contraire, nous estimons que

cette prédisposition est essentielle, mais qu'elle est insuffisante. Avec Marandon de Montyel, nous pensons que « c'est errer que de voir seulement la prédisposition ou les causes directes. Elles sont aussi nécessaires, aussi indispensables toutes les deux ».

LE ROLE DE L'INSUFFISANCE RÉNALE DANS LES FOLIES INTERMITTENTES

Il est un fait indiscutable, c'est que lorsqu'on veut bien chercher chez les aliénés les signes de l'insuffisance rénale, et surtout lorsqu'on ne limite pas son examen au simple souci de déceler la présence de l'albuminurie, signe important évidemment, mais instable et souvent infidèle, on s'aperçoit que chez un certain nombre d'entre eux il existe un trouble manifeste dans le fonctionnement rénal.

C'est là un fait d'observation courante, confirmé par Bondurant, Thomas P. Prout, Worcester et beaucoup d'autres auteurs.

Sommes-nous en droit de conclure qu'il existe un rapport de cause à effet chez un malade présentant à la fois des accidents mentaux et des accidents rénaux ? Nous le pensons, tout au moins dans certains cas.

Si, comme le remarque Toulouse, il est étonnant de voir que les accidents urémiques ne figurent pas plus souvent dans l'étiologie des maladies mentales, par contre il est inadmissible d'affirmer que chaque fois qu'un aliéné présente des troubles d'insuffisance rénale ou de l'albuminurie, on est en droit de chercher la cause de sa vésanie dans la seule présence de ces troubles.

Joffroy pense qu'il faut diviser en trois classes les troubles mentaux apparaissant chez un brightique : 1° les délires aigus, symptômes passagers d'une néphrite ; 2° les troubles mentaux, temporaires ou définitifs suivant la prédisposition des malades, créés de toutes pièces par l'insuffisance rénale ; 3° les cas où les troubles mentaux et les troubles urinaires évoluent parallèlement sans paraître avoir de rapports entre eux.

A cette classification, nous préférons celle de Kæppen qui distingue : 1° les troubles mentaux qui sont sous la dépendance d'une lésion rénale ; 2° ceux qui sont, de même que la lésion rénale, symptômes d'une maladie générale ; 3° les psychoses et les maladies nerveuses provoquant l'albuminurie.

Nous n'envisageons pas le 3e groupe de Kæppen : ce sont des cas dont l'étude est encore trop peu approfondie pour qu'on puisse en tirer une conclusion pratique. Nous retiendrons seulement les deux premiers groupes en faisant toutefois remarquer qu'il est parfois bien difficile de classer un malade soit dans l'un ou dans l'autre. Comment dire en effet si un malade délire parce qu'il est atteint de sclérose rénale, ou bien parce que l'artériosclérose a provoqué chez lui et la lésion rénale et l'apparition du délire. Nous considérons, d'une façon plus générale, comme étant sous la dépendance de l'intoxication urémique, les troubles mentaux apparaissant chez un malade atteint d'une lésion rénale soit isolée, soit associée à une diathèse, les deux ordres de phénomènes se manifestant simultanément, et les modifications des uns amenant une modification parallèle des autres. Nous ne faisons ainsi que nous conformer à

une des lois les plus générales de la physiologie pathologique.

Notre but n'est pas d'insister ici sur les accès de délire aigu survenant à l'occasion des crises de grande urémie. A part quelques rares exceptions, sur lesquelles insiste Dieulafoy, ce sont des malades que l'on voit dans les hôpitaux et non dans les asiles. Le délire apparaît chez eux comme un épiphénomène aux phases ultimes de la maladie, noyé au milieu des autres symptômes cérébraux, pulmonaires ou digestifs. Ils sont trop connus pour que nous nous y arrêtions.

Nous ne considérerons que les malades atteints d'insuffisance rénale légère, compatible avec une existence prolongée, ceux que Dieulafoy appelle les petits brightiques. Chez eux, le trouble rénal reste souvent à l'état de latence pendant de longues années, ou ne se manifeste que par des symptômes légers. Il semble que chez eux, l'organisme présente, vis-à-vis des toxines rénales, un certain degré de tolérance ; mais peu à peu, par l'accumulation des toxines excrémentielles, un jour vient où cette limite de tolérance est dépassée et alors éclatent les accidents de petite urémie : oligurie, présence ou augmentation de l'albumine dans les urines, diminution de l'urée et des chlorures, céphalées, vomissements, crises d'essoufflement, etc.

C'est ce caractère même d'intermittence des accidents du petit brightisme qui nous a donné l'idée de rechercher si, chez certains malades considérés comme des intermittents, périodiques ou maniaques dépressifs, il n'y avait pas coexistence d'insuffisance rénale. Nous avons pu réunir un certain nombre d'observations dans

lesquelles cette coexistence était réelle, et nous nous sommes alors demandé jusqu'à quel point nous pouvions considérer que les troubles mentaux étaient sous la dépendance de l'intoxication urémique.

L'étude des troubles psychiques d'origine rénale est connue et étudiée depuis fort longtemps, et il est aujourd'hui universellement admis que, de même que Klippel, L. Lévi, Vigouroux, Juquelier l'ont démontré pour l'insuffisance hépatique, l'insuffisance rénale, agissant sur un terrain prédisposé, peut donner lieu à toute une série d'accidents mentaux.

Déjà Lasègue avait introduit la notion du délire dans l'urémie nerveuse. Aran, Fournier, avaient repris cette question. Puis des délires aigus et terminaux de l'urémie, on passa à l'étude des délires plus ou moins prolongés, « simulant » la folie chez des néphritiques chroniques. Raymond, puis Dieulafoy, schématisèrent cette notion et établirent le type de la folie brightique. Ce que Dieulafoy conçut sous ce terme, ce n'était pas un type de psychose bien définie, à symptomatologie spéciale ; déjà, en observateur scrupuleux, il s'était aperçu que la folie brightique peut se présenter sous presque toutes les formes connues de l'aliénation mentale : « Parfois, dit-il, le délire urémique revêt les allures de la manie aiguë avec excitation, agitation, insomnie, loquacité, vociférations. Le malade se lève à tout instant, ne peut tenir en place, se débat quand on veut le tenir. L'excitation alterne parfois avec des phases de torpeur, d'engourdissement, de somnolence. Dans quelques cas, il y a prédominance des hallucinations de l'ouïe et de la vue : le malade voit manœuvrer des escadrons sur un

toit du voisinage, et il entend chanter des enfants qui portent des lumières éclatantes ; il voit des personnages revêtus de riches costumes, il entend des coups de pistolet. Tantôt c'est la forme lypémaniaque qui domine : le malade a toutes les apparences d'un mélancolique ; il a l'œil éteint, la figure impassible ; il se renferme dans un mutisme absolu, il paraît résigné à tout souffrir, il craint de mourir ou bien il voudrait mourir et il nourrit des idées de suicide. Tantôt les idées de persécution prennent le dessus : le malade refuse les aliments par crainte du poison, il croit qu'on veut attenter à ses jours, il entend des personnes qui veulent le tuer, il se croit coupable des plus grands crimes et il en redoute le châtiment ; les gens qui l'entourent sont des bourreaux, il voit devant lui la guillotine et il est pris de terreur. Plus rarement le délire urémique revêt la forme érotique ou religieuse. *Ces différentes variétés peuvent exister isolément ; plus souvent elles se suivent, elles alternent, elles se combinent.* »

Nous avons tenu à citer intégralement ce passage, car il résume admirablement la conception que nous nous faisons des psychoses rénales : nous pensons, en effet, que sous l'influence du poison urémique, peuvent apparaître non seulement la confusion mentale, avec ou sans hallucinations, mais aussi la manie, la mélancolie, les idées de persécution et que ces états peuvent se montrer soit purs, soit diversement associés entre eux.

Par la suite, Florant, Joffroy, Pierret et son élève Bouvat, Maurice de Fleury, Klippel, Cullerre, Guélon, Vigouroux, Juquelier, Lucangelli, reprirent cette conception des psychoses rénales.

Comparant l'intoxication urémique à l'intoxication alcoolique, Florant, Spigaglia et surtout Régis et Chevalier-Lavaure, tentèrent de limiter le type clinique et lui donnèrent comme cadre celui des psychoses toxiques, c'est-à-dire la confusion mentale sous toutes ses formes, simple, hallucinatoire, agitée, stupide, pseudo-démente, pseudo-paralytique. Nous admettons volontiers avec Régis que la confusion mentale et le délire onirique comptent bien parmi les caractères les plus nets des psychoses toxiques, mais, nous le répétons, nous croyons que le cadre de ces psychoses doit être moins limité que ne le pensent ces auteurs.

Quoi qu'il en soit, et pour si mal connu que soit encore le processus par lequel agit l'intoxication urémique, nous pouvons admettre, en nous basant sur l'autorité incontestable de ceux qui ont étudié la question, que s'il n'existe pas une *folie brightique* proprement dite, il n'en est pas moins vrai qu'il faut admettre l'existence de psychoses apparaissant nettement au cours de l'insuffisance rénale et directement provoquées par cette insuffisance.

Mais de même que tout buveur ne devient pas forcément un alcoolique délirant, tout brightique ne devient pas forcément un urémique délirant, et il est indispensable d'admettre, à la base des psychoses par insuffisance rénale, une prédisposition spéciale à délirer.

« Dans l'apparition des folies brightiques, dit Bériel, on doit tenir compte de deux facteurs : l'un occasionnel, l'insuffisance rénale, qui révèle la psychopathie, comme pourrait la révéler toute autre intoxication, l'autre, plus réel, tiré de l'état antérieur de l'appareil nerveux ; les

tares héréditaires ou acquises de cet appareil, les modifications organiques ou dynamiques, même si elles n'étaient pas apparentes antérieurement, conditionnent le trouble névropathique, déterminent ses caractères cliniques et commandent son évolution, La recherche de l'élément nerveux est de la plus haute importance pratique pour le pronostic éloigné. »

Considérons donc un individu chez qui les antécédents héréditaires ou acquis ont créé cet état de l'instabilité de l'humeur, du caractère, de l'affectivité qualifié déséquilibration mentale. Supposons-le atteint de néphrite chronique ; si à des intervalles plus ou moins irréguliers nous constatons qu'il présente des accidents d'insuffisance rénale ; si ces accidents coïncident avec des poussées délirantes ; si l'amendement des symptômes rénaux est suivi de l'amélioration ou de la disparition des troubles mentaux, nous nous croyons en droit d'affirmer que ces troubles mentaux sont directement sous la dépendance de l'intoxication urémique. Certes, une fois l'accès terminé, le malade restera et un déséquilibré mental et un insuffisant rénal, mais si par un régime et un traitement appropriés nous arrivons à contrebalancer l'état d'insuffisance de son rein, si nous pouvons espacer, peut-être même supprimer le retour des accidents urémiques et en même temps des accidents délirants, nous croyons avoir fait œuvre de bon clinicien.

Certains de nos malades ont été à ce point de vue très caractéristiques : chez eux, nous avons vu évoluer parallèlement l'état mental et l'état du filtre rénal. Par contre, chez d'autres, dont nous apportons les observations à titre comparatif, il semble que les accidents mentaux et

les accidents brightiques n'ont eu entre eux que des rapports de coïncidence plutôt que des rapports de cause à effet. Cependant, il ne faut pas oublier que la question des néphrites, évoluant de jour en jour, est encore à l'étude, et il est fort possible qu'à côté de l'urée et des chlorures, sur lesquels se sont portés toutes nos recherches, il y ait des substances de nature encore indéterminée, qui nous ont échappé et qui, peut-être, doivent être mises en cause dans la genèse des accidents mentaux.

*
* *

Pour établir chez nos malades le « bilan fonctionnel du rein », nous nous sommes, dans la mesure du possible, efforcés d'utiliser les données scientifiques les plus modernes de la physio-pathologie du rein. La chose n'a pas été parfois sans présenter d'assez grosses difficultés ; on n'a pas, vis-à-vis d'un aliéné, la même liberté d'action qu'en présence d'un malade d'hôpital. Il nous est parfois arrivé de nous trouver en présence de grands agités à qui il était impossible, au moment opportun, de faire une prise de sang, ou qui étaient dans un état de surexcitation telle qu'on ne pouvait pas obtenir d'eux un verre d'urine ; à plus forte raison, ne fallait-il pas espérer avoir les urines de 24 heures. D'autre part, nous avions eu l'intention de faire l'épreuve de la chlorurémie sur une de nos malades qui présentait des œdèmes généralisés ; nous avons dû y renoncer car il était matériellement impossible de la maintenir au régime lacté absolu et de l'empêcher de s'approprier la nourriture de ses voisines.

Cependant, nous avons, autant que nous l'avons pu, multiplié les examens chimiques de l'urine, de sang et de liquide céphalo-rachidien. Dans ces dernières années, en effet, l'étude des processus pathologiques qui président à l'éclosion des troubles néphritiques ont pris, avec Achard, Widal, Castaigne, Vaquez, Ambard, etc., une importance considérable. A la dénomination clinique de néphrites urémigènes et hydropigènes a succédé la dénomination physiologique de néphrites azotémiques et chlorurémiques, et Widal et Javal ont montré ce fait capital que la teneur en urée du sérum sanguin est directement en rapport avec l'état du rein : plus il est profondément lésé, plus il oppose une barrière solide à l'excrétion uréique et plus l'azotémie doit être élevée pour forcer cette barrière.

Chez la plupart de nos malades, nous avons mesuré, à plusieurs reprises, la tension sanguine soit avec le sphygmomanomètre de Potain, soit avec celui, plus précis, de Pachon. Nous n'avons pas remarqué, comme l'indiquent Weber, Turner, Faluola, des chiffres très différents selon que le malade était en état maniaque ou dépressif. Le plus souvent, nous avons trouvé une pression élevée, 20 et même 25 cent. Ce fait est d'autant plus intéressant qu'avec Widal on décrit une forme hypertensive du mal de Bright, dans laquelle il n'y a ni azotémie, ni chlorurémie, ni albuminurie, la tension élevée et les petits signes cliniques du brightisme constituant toute la symptomatologie de l'affection.

Nous n'avons pas fait de recherches sur la toxicité urinaire de nos malades. Bouchard avait autrefois fondé de grands espoirs sur ce procédé. Récemment encore, A. Marie insistait sur l'intérêt de cette méthode en psy-

chiâtrie, mais elle présente de grosses difficultés techniques et ses résultats sont d'une interprétation difficile.

Nous n'avons pas fait non plus de recherches sur l'indicanurie, bien que Taubert ait pu en tirer certaines déductions.

Par contre, nous avons fait l'épreuve de l'élimination provoquée du bleu de méthylène ; cette substance a été préférée à la phénolsulfonephtaléine employée par Thomas, Hugh Cabot, Gardner, Lance, etc.

La recherche de l'albuminurie a été fréquemment pratiquée, soit au tube d'Esbach quand il s'agissait de suivre simplement sa courbe chez un malade, soit par la méthode des pesées quand nous voulions obtenir des résultats plus exacts.

Les chlorures et l'urée de l'urine ont été dosés par les procédés de laboratoire courants.

Enfin, chez certains de nos malades, nous avons fait l'examen de la teneur du sang en urée. On sait quelle importance clinique et pronostique s'attache à la recherche de l'azotémie. Ces dernières années, les travaux se sont multipliés sur cette question, nous ne pouvons citer que les principaux avec Widal, Gouget, Lereboullet, Faure-Beaulieu, de Massary, Sicard, Javal, Martinet, Philibert, etc.

De préférence au procédé de Fosse, préconisé par Hugounenq et Morel, et à celui de Desgrez et Moog, basé sur l'emploi de l'azotate mercurique, nous avons adopté celui que nous indique Widal : à 10 cc. de sérum, nous ajoutons 115 cc. d'alcool à 90. Il se forme un précipité, que l'on filtre ; on recueille les 100 premiers centimètres cubes qui passent, correspondant à 8 cc. de

sérum, on évapore à sec au bain-marie et on reprend par 6 ou 8 cc. d'eau distillée. Avec ce liquide on dose l'urée avec l'uréomètre d'Yvon (1).

Dans quelques cas, la recherche de l'urée a été faite parallèlement sur l'urée recueillie pendant une heure et sur une prise de sang faite dans cet intervalle, de façon à pouvoir établir le calcul de la constante uréique d'Ambard, procédé qui donne d'une façon pour ainsi dire mathématique l'état du fonctionnement rénal et qui rend en particulier de grands services à la chirurgie urinaire (Chevassu-Legueu).

Mais cette recherche de l'azotémie ne nous a pas donné les résultats sur lesquels nous comptions : la teneur normale du sang en urée, d'après les auteurs, varie de 0 gr. 20 à 0 gr. 40 par litre. Dans les cas d'urémie grave, on peut la voir monter aux chiffres énormes de 4 et 5 grammes. Bien que l'urée ne soit pas la seule substance toxique de l'urine, nous aurions pu espérer trouver, aux périodes d'exacerbations des phénomènes d'insuffisance rénale, une augmentation notable de cette teneur. Il n'en n'a rien été, sauf dans un cas, l'azotémie n'a pas dépassé 0 gr. 50. D'autre part, la seule observation que nous ayions trouvée relative à la recherche de l'azotémie dans un cas de folie brightique et empruntée à Bériel, nous montre également une azotémie très faible, 0 gr. 112 par litre.

(1) Ces dosages délicats ont été pratiqués par les soins de notre ami G. Roussel, interne en pharmacie, à la complaisance duquel nous nous plaisons à rendre hommage, et M. Le Prof[r] agrégé Valeur, pharmacien en chef de l'Asile de Vaucluse, a bien voulu, avec sa haute compétence, vérifier la plupart de nos résultats.

La conclusion était embarrassante : étions-nous en présence de ces formes hypertensives pures de l'urémie décrites par Widal et dans lesquelles récemment Aubertin et Parvu montraient qu'il n'y a pas de rapports entre l'élévation de la constante uréique et le degré d'hypertension permanente ? Nous ne le pensons pas : ces malades présentaient, outre l'hypertension, soit de l'albuminurie, soit de la diminution de l'urée et des chlorures dans l'urine.

Nous nous rangeons plutôt à l'opinion de Chauffard et Brodin, qui, après Léon Bernard et Lædirich, Mouriquand, Courmont, pensent qu'il faut voir là une action directe du foie. Chez nos malades, l'épreuve de la glycosurie alimentaire avait souvent mis en évidence un foie insuffisant. Or, chez un brightique, qui est également un insuffisant hépatique, ces auteurs admettent que l'azotémie perd toute sa valeur, car si la lésion rénale tend à élever son chiffre, la lésion hépatique tend à l'abaisser, de sorte que les deux actions s'opposent et se balancent.

Enfin, pour compléter nos examens, nous avons, dans certains cas, pratiqué le dosage de l'urée dans le liquide céphalo-rachidien. Nous avons trouvé des chiffres peu éloignés de la normale (0 cent. 15 à 0 cent. 35 pour Widal et Froin).

En résumé, par des dosages et des analyses répétés, il nous a été possible, soit de confirmer le diagnostic purement clinique de l'insuffisance rénale, soit de la découvrir, et surtout nous avons pu suivre la marche parallèle des petits accidents urémiques, souvent discrets, et des troubles mentaux. Nous avouons sincèrement que

ni l'azotémie, ni la chlorurémie et encore moins l'albuminurie ne nous ont paru avoir une action pathognomonique sur la genèse des troubles mentaux.

Nous espérons que ceux qui voudront bien étudier à nouveau la question seront plus heureux.

FOLIES INTERMITTENTES RÉNALES ET FORMES DE TRANSITION

Les observations que nous avons pu réunir paraissent former au premier abord un ensemble assez disparate : à vrai dire, il est impossible de les faire rentrer toutes, pas plus dans le cadre des psychoses toxiques récidivantes, telles que les conçoit Régis, que dans celui des folies intermittentes de Magnan. Régis, en effet, voit à la base de toute psychose toxique la confusion mentale : or, certains de nos malades n'en ont manifestement jamais présenté. Magnan, de son côté, ne considère comme folies intermittentes que les états maniaques ou dépressifs, simples ou associés entre eux.

Assurément le cadre du syndrome maniaque-dépressif pourrait contenir toutes nos observations, mais nous ne pouvions y songer, la psychose maniaque dépressive étant par définition une psychose sans cause organique.

Cependant, si parmi les observations que nous apportons, les unes peuvent rentrer sans conteste dans le cadre des accidents récidivants d'urémie délirante, les autres, dans le cadre des folies intermittentes, un troisième groupe comprend des formes de transition que certains repousseraient comme folies intermittentes, mais que nous avons tendance cependant à considérer comme telles.

Nous admettons en effet entièrement, avec notre maître Vigouroux, que sur un terrain approprié, sous l'effet de n'importe quelle infection ou intoxication, peuvent apparaître tous les syndromes de la pathologie mentale : syndrome confusionnel, maniaque, mélancolique, hypochondriaque, démentiel, et aussi parfois des idées de persécution. Cette conception revêt à nos yeux une importance capitale, car si elle est acceptée elle modifie singulièrement la manière de voir de la plupart des psychiâtres actuels. Nous considérons que l'aspect clinique sous lequel se manifeste une psychose n'a qu'un intérêt de second plan, et qu'au contraire, toute notre attention doit porter d'une part sur l'état antérieur du terrain mental, d'autre part, sur l'identification de l'infection, de l'auto ou de l'exo-intoxication qui a fait apparaître les phénomènes délirants.

C'est, nous le pensons, la seule façon de concevoir efficacement une thérapeutique des maladies mentales.

Grâce à cette conception, nous avons pu grouper nos observations de façon telle que, partant de cas d'urémie délirante récidivante indiscutables, nous arrivons par toute une série de formes de transition aux cas les plus classiques de folie intermittente.

Obs. I (Personnelle). — Rez..., menuisier, 67 ans, entre à l'asile de Vaucluse, le 16 novembre 1912.

Nous n'avons que très peu de renseignements sur lui : il est entré encore en pleine confusion mentale ; sa mémoire est très défectueuse, et il est très difficile de fixer son attention ; d'autre part, il n'a jamais reçu de visites de parents ou d'amis.

Nous ne savons rien sur ses parents, ni sur son adolescence ; il semble avoir été toute sa vie un de ces ouvriers dits « trimardeurs »

qui vont de ville en ville à la recherche du travail, plutôt vagabonds qu'ouvriers véritables; il se dit menuisier de son métier.

Rez..., avoue facilement qu'il fait des excès de vin et d'alcool, et même il affirme hautement son droit à l'ivrognerie ; il s'est fait arrêter plusieurs fois pour ivresse et entre autres condamnations il a fait 6 mois de prison à Dijon pour ivresse et rébellion. « Mais, nous dit il, l'ivrognerie n'est pas un délit et toutes ses condamnations ne comptent pas. »

En mars 1912, il fait une chute et se luxe l'épaule. Il a conservé de ce traumatisme une certaine incapacité de travail et depuis ce temps il partage sa vie entre les asiles de nuit, les hospices et la prison. Au mois de mai, il se trouvait à Nanterre.

En novembre 1912, il est arrêté pour vagabondage et envoyé à la Santé. Là, comme il tenait des propos incohérents, on l'envoie au Dépôt, où le Dr Legras rédige sur lui le certificat suivant : « Affaiblissement progressif des facultés intellectuelles. Désorientation. Propos déraisonnables. Inconscience de ses actes. Incapable de fournir des explications sur sa situation et sur son arrestation et de se diriger. Rétraction tendineuse à la main droite, contraction pupillaire. Artério-sclérose. Excès alcooliques anciens. Inculpation de vagabondage ».

Certificat de l'admission à Sainte-Anne : « Est atteint d'affaiblissement intellectuel avec confusion dans les idées et incapacité de subvenir à ses besoins. Appoint alcoolique ; misère probable ».

A son entrée dans le service, il est calme, confus, désorienté. Il présente de la lenteur de l'idéation : il faut répéter plusieurs fois la question pour obtenir de lui une réponse souvent incohérente. La mémoire est très défectueuse, il existe même une amnésie complète sur les faits qui ont amené son arrestation ; il ne semble pas que l'on puisse songer à la réticence, car il avoue très naturellement ses arrestations antérieures et ses condamnations L'attention est difficile à fixer, le jugement très défectueux.

Nous ignorons s'il a déjà présenté de pareils symptômes confusionnels. Retenons simplement qu'il lui est arrivé, dit-il, d'avoir été arrêté pour ivresse alors qu'il n'avait pas bu et qu'il avait perdu un peu la tête comme maintenant. Il se rend assez compte qu'il est ma-

lade et qu'on l'a envoyé ici pour se soigner. L'humeur est gaie, il est content d'être ici et si on veut bien lui donner un peu de travail, il restera avec plaisir. Il se plaint surtout de mal dormir, d'avoir des cauchemars, des rêves pendant lesquels il serait en train de travailler à son métier de menuisier, et d'être souvent sujet aux étourdissements.

Physiquement, c'est un homme de petite taille, voûté, d'aspect fatigué. Le teint est blafard, jaunâtre, la face bouffie, les paupières inférieures œdématiées. Les artères temporales, flexueuses et dures, se dessinent sous la peau, les artères radiales sont transformées en « tuyau de pipe ». Le premier bruit du cœur est sourd, le second claqué au foyer aortique. Il présente en outre les symptômes suivants : rétraction fibreuse des fléchisseurs de la main droite, sequelle du traumatisme dont il a été victime en mars 1912 ; craquements d'arthrite sénile dans les grosses articulations ; ecchymoses superficielles aux membres inférieurs. Les pupilles sont égales, en myosis, les reflexes lumineux sont paresseux. La langue est légèrement tremblante, la parole un peu lente, mais non embarrassée.

Les reflexes patellaires, plantaires et crémastériens sont normaux.

La démarche se fait à petits pas, jambes écartées pour maintenir un équilibre instable. Le malade se fatigue vite.

Urines claires et abondantes sans albumine.

Pendant l'examen, le malade a une petite syncope provoquée par la position basse de la tête.

Le malade est calme les jours suivants, il dort bien. A plusieurs reprises il a de petits étourdissements contre lesquels on institue un traitement ioduré (0 gr. 25 d'iodure de potassium par jour).

Au bout de quelque temps, on l'envoie travailler à la menuiserie, où il rend quelques services.

6 *février* 1913. — On est obligé de le ramener à l'infirmerie parce qu'il a eu une perte de connaissance passagère et qu'il est tout à fait perdu. Nous trouvons le malade très confus, l'air égaré. Il répond aux questions par un bafouillement incompréhensible. La face est pâle et couverte de sueurs. Le pouls est dur et hyper-

tendu, au cœur on trouve un bruit de galop très net. Le ventre est dur, l'intestin rempli de matières fécales. On fait administrer un lavement purgatif et on pratique une saignée de 300 gr. La pression sanguine est telle que le sang veineux sort en jet et qu'on a une certaine difficulté lorsqu'il faut arrêter l'hémorragie.

Au bout d'un moment, le malade sort un peu de sa torpeur et reprend conscience. Il ne se rappelle plus de sa chute, il se sent bien comme çà et demande à dormir ; tendance très marquée à la somnolence.

Recherche de l'urée dans le sang fourni par la phlébotomie : 0 gr. 65 d'urée pour 1000 de sérum.

7 *février.* — Dans la nuit, le malade s'est montré assez turbulent, voulant se lever et marmottant à voix basse des mots incompréhensibles. Au matin, il est très somnolent, le pouls est toujours très tendu (pression maxima : 25 cent.). On trouve de l'*albumine* dans les urines.

10 *février.* — Le malade est confus et très turbulent. Il veut constamment se lever, se frappe les bras et les jambes contre les barrières de son lit. Ses propos sont incohérents. On recueille par cathétérisme les urines émises pendant une heure, et pendant ce délai on fait une prise de sang et une ponction lombaire.

Urine émise en 1 heure : 25 cent. cubes.
Urée dans l'urine : 27 gr. °/₀₀.
Urée dans le sang : 0 gr. 655 °/₀₀.
Urée de liquide céphalo-rachidien, traces.
Nacl dans le liquide céphalo-rachidien : 6 gr. 50 °/₀₀
Nacl dans l'urine : 10 gr. 54 °/₀.
Albumine notable.

Le malade est mis au régime lacté.

11 *février.* — Il est moins turbulent, mais très confus. Délire d'action ; il croit entrer dans un café et commande : « Patronne, un café ». Puis il fait des gestes avec les mains comme s'il faisait un ouvrage de couture. Il parle à demi-voix, se défendant d'avoir pris une montre, etc.

12 *février.* — Il n'est plus turbulent, mais toujours confus. Il ne sait pas où il est, il parle en termes peu cohérents du travail qu'il a effectué hier pour son patron. Il croit avoir quitté l'asile.

15 *février. Analyse d'urine* :

Urine de 24 heures 1.220 cc.

Urée 20 gr. 50 °/₀₀ 25 gr. 01 pour 24 heures.

Albumine : Néant.

19 *février. — Prise de sang* :

Urée : 0 gr. 28 pour 1.000 gr. de sérum.

Fin février. — Le malade est calme et retourne à ses occupations.

Septembre 1913. — Il est calme et docile ; toujours très hypertendu.

3 *octobre 1913.* — Passé à l'infirmerie, ne comprenant aucune question, turbulent, brassant sa literie et voulant l'emporter sur son dos. Il ne se rappelle plus du nom de l'asile, il se croit encore à Sainte-Anne.

Analyse d'urine :

Quantité : 1.800 cc. pour 24 heures.

Urée : 12 gr. 20 °/₀₀, 21 gr. 96 pour 24 heures.

Pas d'albumine.

On fait une ponction lombaire, le liquide est fortement hypertendu, mais il ne contient pas un taux d'urée supérieur à la normale. Cette décompression semble calmer momentanément le malade. Puis la turbulence réapparaît. Actuellement le malade est agité et confus. Il vit un rêve professionnel, faisant des gestes et prononçant quelques paroles se rapportant a son métier de menuisier.

En résumé. — Chez un malade âgé de 67 ans, brightique, hypertendu et scléreux, apparaissent d'une façon toute accidentelle et à la faveur de poussées urémiques de la confusion mentale, de la somnolence, puis de l'agitation avec délire. Ce malade est le type de l'artério-scléreux qui fait des crises récidivantes d'urémie à forme délirante.

Obs. II (Viallon). — Femme âgée de soixante ans, ménagère, entrée à l'asile de Bron, le 11 juillet 1899. On ne sait rien de précis

sur les antécédents héréditaires de la malade ; elle a quitté jeune son pays et a peu connu, par conséquent, les différents membres de sa famille. Une sœur morte d'affection indéterminée, un frère marié et bien portant.

Deux enfants morts tout jeunes ; la malade a encore deux filles bien portantes, mais de sens moral rudimentaire, et un fils, infirme depuis l'âge de sept ans, par lésion médullaire probable.

La malade est séparée de son mari depuis cinq ans, pour difficulté de caractère. Elle a toujours eu beaucoup de chagrins de famille et était, pour cela, de caractère plutôt sombre.

N'a jamais eu de maladies graves ; se plaignait fréquemment de douleurs de rein ; aurait eu des douleurs rhumatismales. Pas d'alcoolisme ; suspectée d'albuminurie par son médecin.

Elle raconte qu'il y a six ans, elle aurait eu le sang tourné à la suite d'une frayeur causée par son mari, qui était très emporté.

Depuis environ deux mois, devient très triste, se plaint de maux de tête fréquents ; a dit à sa fille il y a huit jours : « Ne t'en va pas, on veut me tuer ». Elle causait souvent toute seule, refusait de dire ce qu'elle avait : « Tout le monde veut me tuer, je veux me sauver ». Elle présentait souvent des étourdissements et la tête lui tournait lorsqu'elle se baissait.

A l'occasion de chagrins ou de querelles, elle prenait fréquemment des « crises de nerfs », pendant lesquelles elle se mettait à trembler et était incapable de proférer la moindre parole.

Elle entendait des voix, même pendant la nuit, et croyait voir des personnes qui voulaient la tuer.

Dormait deux heures à peine par jour ces derniers temps.

Depuis deux ou trois jours la malade s'est mise à s'agiter ; on a beaucoup de peine à la maintenir à la chambre et on est obligé de tout fermer pour l'empêcher de s'enfuir. Elle tourne en mal tout ce qu'on lui dit.

Il y a six semaines, part pour aller se noyer, mais empêchée par son fils, elle rentre à la maison et allume un cierge dans un placard sous prétexte de chasser les mauvaises personnes qui veulent la tuer. S'était munie de scapulaires et aspergeait la maison d'eau bénite.

Ressentait parfois des douleurs dans les jambes et disait qu'on la brûlait vive.

C'est alors qu'elle est internée avec le certificat suivant : « Présente des phénomènes d'excitation cérébrale, du délire de la persécution avec hallucinations de l'ouïe et de la vue ; agitation ».

Examen à l'entrée :

1° État physique. — La malade est petite, les jambes sont un peu déformées par du rachitisme. Sur la jambe gauche, à la face interne et au tiers inférieur, cicatrice gaufrée, adhérant à l'os. Autres traces d'ostéites du côté gauche sur la face externe de la région thénar, sur l'avant-bras et sur le bras. Goitre fibreux. Température : 37°2 ; poids : 47 kilogrammes. .

Cœur. — La pointe, facilement sentie, bat dans le 4e espace. Tendance au galop ; dédoublement du premier bruit. Pas de souffle.

Pouls. — Régulier, fort ; 80 pulsations à la minute.

Poumons. — Normaux ; on perçoit cependant, et par intermittence, quelques râles muqueux aux bases.

Système digestif. — Langue sale, humide ; pas d'ectasie gastrique. Foie non hypertrophié. Ventre souple, un peu douloureux à la fosse iliaque droite.

Motricité. — Tremblement léger des doigts ; réflexes normaux, force musculaire conservée.

Sensibilité. — Paraît normale ; la malade localise et perçoit bien la piqûre, la chaleur.

Organes des sens. — Rien de particulier ; les pupilles sont égales et réagissent bien à la lumière.

Pas de troubles trophiques.

Urines. — Claires, abondantes, sans sucre, mais donnant avec la chaleur et l'acide azotique un précipité assez notable d'albumine.

Œdème des chevilles peu accentué, face un peu bouffie le matin au réveil.

2° État mental. — La malade est une débile, un peu niaise, apeurée, craintive, demandant anxieusement si on ne lui fera pas de mal. Elle manifeste des idées de persécution avec hallucinations de l'ouïe et de la vue et troubles de la sensibilité ; prétend qu'elle

est le « souffre-douleur » de ses voisins, entend des voix qui l'insultent ; on lui dit toutes sortes de vilaines choses : on l'appelle « chameau, prostituée, etc. » ; on trouve à redire à tout ce qu'elle fait. « Elle a vu tous ces gens qui lui ont fait bien peur ». Elle croit qu'on faisait venir « exprès » de Lyon « deux physiciens pour l'électriser, la faire souffrir dans ses nerfs, l'empêcher de respirer, de dormir ». La nuit, et quelquefois le jour, elle sentait qu'on lui travaillait le corps, qu'on voulait l'étouffer en lui comprimant la poitrine. On la pique, surtout dans le dos et dans les jambes, pour savoir si elle n'est pas encore morte. « Tout cela se fait par la physique et la magie » Pour se préserver, elle a pris de l'eau bénite et du sel et les a jetés dans son poële ; elle a aspergé d'eau bénite toutes ses chambres.

Certificat de vingt-quatre heures. — Est atteinte d'albuminurie avec troubles psychiques.

Certificat de quinzaine. — Est atteinte de folie brightique.

La malade est purgée à deux reprises différentes (eau de Sedlitz), puis mise au régime lacté absolu, qu'elle accepte volontiers.

30 *juillet.* — Continuation de la diète lactée. Amélioration progressive de l'état mental. Urines un peu moins albumineuses.

15 *août.* — L'état mental devient de plus en plus satisfaisant. Presque pas d'albumine dans les urines.

24 *août.* — Certificat de guérison : « la malade ne donne plus de signes de folie et doit être rendue à la liberté ». Urines toujours abondantes, claires, mais ne renfermant plus d'albumine.

La malade quitte l'Asile le 27 août.

Revient à l'Asile le 21 septembre 1899, à l'occasion de la réapparition de l'albumine.

Certificat d'entrée. — « Excitation cérébrale avec délire de persécution. Elle se dit poursuivie par des magiciens, profère des menaces contre ses enfants. Crie par la fenêtre, se promène toute la nuit ».

Certificat de vingt-quatre heures. — « Débilité mentale avec conceptions délirantes liées à des troubles albuminuriques (dyspnée lui faisant croire qu'on cherche à l'étouffer ; troubles de la sensibilité et de la digestion qu'elle interprète en disant qu'on la pique, qu'on l'empoisonne, etc.) »

Certificat de quinzaine. — « Maladie de Bright avec troubles psychiques ».

La malade dit que, pendant la nuit, on faisait passer sur sa poitrine de « forts rouleaux » qui l'empêchaient de respirer. On la piquait sur tout le corps et surtout au niveau du sternum.

Des voix causant ensemble disaient : « Il ne faut pas attendre plus longtemps, car elle serait froide ». Une fois guillotinée, on devait la pendre par les pieds puis la faire griller. « Il y a de la physique et de la sorcellerie là-dedans . On lui a tout fait : « empoisonnements, mauvaise odeurs (elle a eu la bouche toute empâtée, son cœur se soulève) » ; dit qu'on lui électrise la tête. Tendances mystiques. Insomnie.

Température : 37°3 ; langue sale, urines albumineuses ; œdème périmalléolaire.

Traitement : eau de Sedlitz, régime lacté absolu et repos au lit.

11 *octobre* 1899. — La malade est bien mieux, abandonne ses conceptions délirantes, dort bien. Est toujours au régime lacté. Traces vagues d'albumine dans les urines.

9 *décembre.* — L'état mental s'améliore, on ne retrouve presque pas d'albumine. Cessation du régime lacté.

Janvier 1900. — Etat mental satisfaisant, la malade pourrait partir de l'Asile ; mais devant l'indifférence de sa famille et la crainte d'une rechute imminente, elle est maintenue.

Février 1900. — Même état, pas d'albumine

Mars 1900. — Petits accès délirants de peu de durée avec réapparition de l'albumine. On reprend le régime lacté, qui donne d'excellents résultats.

Avril 1900. — Etat mental bon. Urines normales.

11 *mai* 1900. — Depuis deux jours, la malade retombe dans ses conceptions délirantes, dit qu'on l'empoisonne, qu'on veut l'étouffer. Refus d'aliments, insomnie. Albumine dans les urines.

13 *juin.* — La malade passe à l'infirmerie et la surveillante de nuit donne la note suivante : « N'a pas dormi de toute la nuit ; s'est promenée dans le dortoir en criant au secours ; dit que les physiciens veulent l'étrangler et lui donnent des coups de couteau dans tout le corps ».

Purgatif salin. Régime lacté mal accepté par la malade.

27 *juin*. — Même état. Est toujours bien tourmentée et persécutée ; dit toujours qu'on cherche à l'étouffer, qu'on l'empoisonne. Insomnie. Ne veut pas prendre son lait. Persistance de l'albumine.

Juillet. — Même situation mentale. Urines toujours albumineuses.

Août. — Amélioration mentale. L'albumine paraît diminuer de quantité.

Septembre. — La malade est plus calme, mais les idées délirantes persistent.

Octobre. — Mêmes idées de persécution ; mêmes troubles de la sensibilité. Il y a une malade dans la division qui ramasse « du duvet de petits oiseaux » et le lui lance dans le larynx pour « la faire étouffer ». On la travaille par « l'acrobatie et la magie ». On l'électrise. Se plaint de tout le monde. Veut s'en aller. Dort mal.

Urines claires, abondantes, un peu albumineuses.

La malade paraît organiser un délire chronique.

En résumé, femme de soixante ans présentant à la fois de l'excitation cérébrale avec idées mélancoliques, préoccupations hypochondriaques et hallucinations et des troubles d'insuffisance rénale. C'est une délirante brightique, le régime fait en même temps disparaître les signes de brightisme et le délire.

Deux mois plus tard, elle rechute et présente les mêmes symptômes d'insuffisance rénale et de délire. Le régime n'amène plus qu'une rémission et le délire devient chronique. C'est là une forme de folie brightique récidivante et passant à l'état chronique chez une présénile. Ce cas est comparable à ceux qu'on rencontre dans l'intoxication chronique par l'alcool.

Obs. III (Personnelle). — Mme Poig..., 56 ans, entre pour la première fois à Vaucluse le 3 octobre 1911.

Antécédents héréditaires. – Père mort à 73 ans, d'une maladie de cœur ; était très sobre.

Mère âgée de 84 ans, bien portante. Tous deux n'ont jamais présenté de signes de déséquilibre mental. Ils étaient de caractère égal et doux pour leurs enfants.

Antécédents collatéraux. — Trois sœurs et un frère, tous les quatre bien portants, mais qui sont des « nerveux », irritables et instables, sujets à de fréquentes variations dans l'humeur.

Une sœur est morte à l'âge de 18 mois. C'était une enfant d'un caractère très difficile.

Antécédents personnels. -- Mme Poig... a eu une enfance maladive ; elle se rappelle avoir eu la fièvre typhoïde, la rougeole et plusieurs autres maladies qu'elle ne peut préciser. Vers l'âge de deux ans, elle a été atteinte du croup, qui a laissé comme séquelle une paralysie probable du voile du palais, dont les suites se sont fait sentir durant plusieurs années. En particulier, elle a longtemps été gênée pour parler.

Elle a été à l'école jusqu'à 12 ans ; elle était, dit-elle, une élève docile et attentive, mais cependant son instruction a été très rudimentaire ; elle invoque, comme excuse, sa gène de prononciation. Enfant, elle s'est montrée, comme ses frère et sœurs, d'un tempérament difficile, emportée, s'irritant pour un rien, méchante avec ses petites camarades.

Réglée à 16 ans, la puberté a été difficile, et les règles longtemps irrégulières et douloureuses. Elle s'est mariée à l'âge de 35 ans. Elle a un fils de 23 ans, très nerveux.

Mise en apprentissage comme couturière, elle a travaillé d'une façon régulière, restant en particulier 14 ans dans la même maison. Cependant, son caractère s'est maintenu aussi instable et bizarre. Sans motifs, elle passait d'une gaité exagérée à la tristesse que rien n'expliquait. Dernièrement elle s'était établie pâtissière, mais les affaires marchaient très mal, d'autant plus que son mari, souffrant d'une affection cardiaque, est mort il y a quelques semaines.

C'est l'émotion causée par cette mort, nous dit sa sœur, qui a provoqué l'accès motivant son internement.

En quelques jours, elle est devenue triste et mélancolique. Le

sommeil est mauvais, coupé de cauchemars et d'hallucinations visuelles et auditives. Des idées de persécution sont apparues : elle croyait qu'on avait empoisonné son mari avec des mouchoirs imprégnés de poison ; persuadée que tout le monde lui en voulait, elle a manifesté plusieurs fois l'intention de se suicider. Sa sœur, ne pouvant plus la garder, parce que, sous l'influence des hallucinations, elle se sauvait dans la rue, a demandé son internement.

A son entrée, la malade se présente avec un faciès triste et déprimé. Elle répond cependant assez correctement à l'interrogatoire. malgré un degré marqué de confusion mentale, et peut être d'affaiblissement intellectuel. Elle nous dit que c'est de son plein gré qu'elle est venue à l'asile, parce que, chez elle, tout lui faisait peur. Tendances à l'obsession : « elle a peur dans les endroits fermés, c'est pour cela qu'elle se sauve dans la rue, mais, là encore, elle ne se sent pas en tranquillité ». « Dans la rue, elle a toujours peur qu'on courre après elle. » Elle croit qu'on veut la faire mourir, que quelqu'un passe sa nuit au pied de son lit, prêt à la tuer. Ses nuits sont agitées, troublées par des cauchemars où elle voit des souris, et par des voix qui lui causent de son métier de pâtissière.

La mémoire est infidèle sur les faits précis, elle ne se rappelle ni de la date de sa naissance, ni de ce qu'elle a fait hier. Confuse et désorientée, elle ne sait pas où elle se trouve et répond à plusieurs reprises : « Je ne comprends pas ce qui s'est passé ! » Elle nie tout excès alcoolique, et sa sœur confirme ses dires.

L'examen physique montre chez elle des pupilles égales et paresseuses. La langue, rouge vif, est animée d'un fin tremblement fibrillaire. La parole semble, au premier abord, embarrassée, mais il faut tenir compte que la malade n'a presque plus de dents, et qu'en outre elle a été probablement autrefois atteinte de paralysie du voile du palais.

La face est pâle, jaunâtre, les paupières bouffies. Les réflexes patellaires, abdominaux et plantaires sont normaux.

L'examen du cœur est négatif, celui des poumons révèle une respiration rude aux deux sommets.

Etat digestif mauvais, constipation et pituites matinales.

Examen des reins : urine claire et abondante, donnant un précipité d'*albumine* par les procédés ordinaires.

L'insuffisance rénale se traduit par toute la série des *petits signes de brightisme* : céphalées, crampes dans les jambes, brouillards devant les yeux, sensation de doigt mort, etc.

En présence de ces signes de néphrite chronique on institue dès le premier jour le régime lacté absolu.

10 *octobre* 1911. — La malade est encore très anxieuse ; elle pleure sans motifs, se lève à chaque instant pour s'en aller, puis, tout d'un coup, elle se met à rire aux éclats et à chanter. Confusion mentale et agitation motrice. Nuits toujours agitées.

17 *octobre* 1911. — Très améliorée, se rend compte qu'elle a été malade, elle n'est plus confuse et les troubles de mémoire ont disparu.

28 *octobre* 1911. — Analyse d'urine : pas d'albuminurie.

1^er^ *novembre* 1911. — Mise en liberté. A sa sortie, elle va habiter chez sa sœur, et à part ses sauts brusques d'humeur, son état mental reste satisfaisant.

En avril 1912, nouvelle crise d'anxiété, avec agitation motrice, confusion mentale, propos incohérents, cauchemars et hallucinations. Elle séjourne 7 mois à l'asile de Sainte-Anne.

En mars 1913, troisième accès délirant, survenu brusquement et sans cause morale apparente. Cet accès est identique aux précédents et la malade fait sa seconde entrée à l'asile de Vaucluse (11 mars 1913). Nous notons chez la malade la même anxiété avec agitation motrice, les mêmes hallucinations, les mêmes idées de persécution qu'en 1911.

Les *signes d'insuffisance rénale* ont persisté et se sont même accentués. Les céphalées, les maux d'estomac, sont très fréquents ; la malade se plaint de douleurs sciatiques ; la nuit, elle est obligée de se lever souvent pour uriner. Elle a souvent remarqué que ses yeux étaient bouffis et ses chevilles enflées.

L'analyse d'urine montre une petite quantité d'*albumine*

La malade est mise au régime lacté absolu. L'amélioration est très rapide : au bout de 15 jours, la malade peut être envoyée aux travaux de couture. L'albuminurie a disparu.

15 *septembre* 1913. — La malade se réveille avec une violente céphalée et se sentant toute mal en train. Elle essaye cependant de manger, mais rejette immédiatement la nourriture absorbée. Les vomissements se répètent toute la matinée ; l'après-midi, elle tombe dans un état de torpeur profonde, semi-comateuse, avec résolution musculaire complète. De temps en temps, elle prononce quelques paroles incohérentes, s'agite dans son lit et veut se lever.

Dans la nuit, l'état paraît si grave qu'on a recours à la caféine et à l'éther pour lutter contre cet état de torpeur.

Le lendemain, quoiqu'encore confuse, la malade se sent mieux. Elle a conscience qu'elle a été très malade : « Pendant son sommeil, nous dit-elle, elle voyait des oiseaux voler sur tous les lits, et de la plume tomber du plafond. » Un peu d'agitation anxieuse toute la journée. Purgation énergique. Les jours suivants, la malade est un peu fatiguée et légèrement déprimée et mélancolique. Actuellement, l'état général et mental est satisfaisant, les nuits sont calmes et la malade a repris ses occupations à la couture.

En résumé. — C'est une malade de 56 ans, à hérédité chargée, elle-même d'humeur bizarre qui, à la suite d'une émotion, fait une crise de confusion légère avec dépression, idées de persécution et hallucinations. De plus, elle est urémique. Cette crise dure à peine un mois. Six mois, puis un an après, nouvelle rechute dans des conditions identiques. Chaque fois, le retour à la santé est en apparence parfait. Jusqu'à un certain point, et bien que les accès soient constitués par de la confusion mentale, avec anxiété, désorientation et idées de persécution, les crises successives prennent déjà l'aspect d'intermittence. Notons le contraste qui existe entre ces accès successifs et la crise d'urémie délirante qu'a présentée la malade en septembre 1913. Cette malade présente une forme mixte des plus instructives.

Obs. IV (Personnelle). — B . , 36 ans, employé de commerce, entre à l'asie de Vaucluse le 4 mars 1911.

Rien à signaler dans les antécédents héréditaires. Il a un frère et une sœur en bonne santé. Les renseignements que peut nous fournir sa femme ne présentent rien d'intéressant pendant le jeune âge et l'adolescence.

A 18 ans le malade s'est engagé à l'infanterie coloniale, où il fait 15 ans de service, dont quatre comme sous-officier. Il a terminé son temps, comme cantinier à Fontainebleau.

Pendant son séjour aux colonies, il a fait de grands excès alcooliques.

Depuis qu'il est sorti du régiment, il travaille régulièrement, comme comptable, astreint à une présence de 11 heures dans les bureaux. C'est un employé intelligent et accomplissant sa besogne à l'entière satisfaction de son patron. Il est devenu sobre et sa femme n'a jamais constaté chez lui de variations brusques de caractère.

Il s'est marié il y a six ans et a deux enfants bien portants.

Notons un séjour de quelque temps à l'hôpital, pour une bronchite à répétition sur laquelle nous n'avons pas de détails.

Les premiers accidents mentaux que semble avoir présentés B..., remontent au temps où il était soldat aux colonies.

En 1898, *il a présenté une première crise d'excitation* qui a dû être très violente, puisque le malade a été enfermé plus de cinq semaines dans un cabanon à l'hôpital de Tuang-Yen.

En 1902, *deuxième crise d'excitation* provoquant l'internement.

En 1908, alors qu'il était cantinier à Fontainebleau, *troisième crise* qu'il attribue à la fatigue et aux préoccupations causées par son installation.

C'est donc le *quatrième accès* qui motive, cette fois, son entrée à l'asile de Vaucluse *le 4 mars 1911*.

Depuis le *15 février*, nous dit sa femme, il s'est senti très fatigué ; les jours précédents il s'était surmené par suite de l'absence de deux de ses collègues. Son caractère s'assombrit ; le sommeil devient irrégulier, agité, puis s'installe une insomnie presque complète La nuit, il avait des cauchemars terrifiants (épisodes

de guerre et de batailles), il avait des visions, lui montrant la France en danger, il entendait des voix célestes lui ordonnant de réveiller la France ; il se croyait une nouvelle Jeanne d'Arc.

Le matin il avait pendant deux heures, des vomissements pituiteux s'accompagnant de sueurs profuses.

C'est là, à n'en pas douter, le tableau classique d'accidents oniriques. En outre, le certificat d'internement nous apprend qu'il s'y joignait des alternatives d'excitation cérébrale, logorrhée, gesticulations, et de dépression, crises de larmes, angoisses, phobies, avec association de quelques idées de persécution et d'empoisonnement.

A son passage à l'admission, on rédige sur lui le certificat suivant : « Est atteint de dégénérescence mentale, appoint alcoolique. Hallucinations, excitation et délire polymorphe, idées ambitieuses actuellement prédominantes (Voix qui lui ordonnent de sauver la France en danger). Cauchemars, crampes ».

A son entrée, le malade est tout à fait calmé : il est raisonnable, a une conscience nette de la situation, et il nous donne facilement quelques explications sur sa vie antérieure et ses précédents internements.

L'extérieur physique montre des pupilles égales et réagissant bien, la langue est trémulante, la parole embarrassée. Les reflexes patellaires et plantaires sont faibles, les reflexes crémastériens nuls.

Les troubles de la sensibilité générale se traduisent par des crampes violentes dans les jambes. Pas de tremblement des mains. Du côté de l'appareil digestif, pituites matinales et nausées fréquentes.

Bruits du cœur très sourds.

Emphysème pulmonaire.

Epreuve de la glycosurie alimentaire. — Réduction sale deux heures après.

Le malade est purgé et mis au régime lacto-végétarien qui est bien accepté.

L'amélioration s'accentue rapidement, le sommeil redevient calme. Sortie le 30 mars 1911.

22 *mars* 1913, *cinquième internement*. Après sa sortie, le malade s'est reposé pendant un an Sa femme nous dit qu'il est resté très calme au point de vue mental et qu'il a rigoureusement conservé ses habitudes de sobriété. Dans une lettre très sensée qu'il nous a écrite, il nous dit qu'il continue à suivre son régime lacto-végétarien et qu'il s'en trouve très bien.

Par contre, de *petits accidents d'insuffisance rénale*, que le malade avait déjà présentés autrefois, mais atténués, ont pris plus d'importance. Les maux d'estomac sont plus fréquents, de même que la céphalée et les crampes dans les jambes ; souvent il a comme des vertiges, des brouillards devant les yeux ; la nuit il est obligé de se relever plusieurs fois pour uriner. Sensations de doigts morts, soubresauts tendineux. Au bout d'un an de repos, il reprend ses fonctions de comptable qu'il remplit régulièrement pendant 1 an.

15 *février* 1913, l'état mental commence à se modifier nettement, il se sent fatigué, dort mal, fume des cigarettes toute la nuit.

Quelques jours après, assez brusquement, le délire onirique apparaît : il se croit à la guerre, cause tout haut comme s'il parlait à quelqu'un, voit des gens dans sa chambre, dit qu'il en veut aux Turcs, aux Anglais, etc. Il parle avec volubilité et ses propos sont souvent incohérents. A tout instant il se lève de son lit et veut partir dans son pays. Pendant 21 jours, une insomnie complète persiste, nullement modifiée par le bromure.

Amené au dépôt *le* 11 *mars* 1913, le Dr Dupré rédige sur lui le certificat suivant : « Excitation à caractère maniaque, avec agitation extrême, instabilité, loquacité déclamatoire, chants, cris, sifflements, désordre de la tenue, grimaces, insomnie. Variation de l'humeur, alternatives d'euphorie et d'anxiété. Alcoolisme chronique, signes physiques de l'intoxication. Illusions et hallucinations visuelles, déjà en décroissance. Plusieurs internements antérieurs au Tonkin, un internement du 5 au 30 mars 1911 à Vaucluse pour accidents analogues ».

Certificat de l'admission : « Il est atteint *de folie intermittente*, période actuelle d'excitation maniaque. Appoint alcoolique (Briand).»

A son entrée il se montre assez confus, il nous dit qu'il était énervé parce que, en lisant entre les lignes il a compris que l'al-

liance Franco-Russe est une fourberie et qu'ils tomberont tous sur la France » : S'il parle seul c'est pour donner de l'extension, « pour débiter son truc. » Il entend des voix célestes qui lui disent que la France est en danger sous l'instigation de l'Angleterre. « Ce sont des voix fluettes, qui planent ».

L'examen physique diffère peu de celui du précédent internement : notons simplement qu'il est apparu un bruit de galop extrêmement net.

Pression sanguine élevée (*appareil de Pachon*) : pression maxima : 19 cent. 5 ; minima : 15 cent. 5.

Exploration rénale. — Urine claire. Pollakiurie.

Epreuve de la glycosurie alimentaire : positive.

Examen des urines :

1.270 cc. pour 24 heures.
Glucose : néant.
Albumine : néant.
Urée : 6 gr. par litre ; 7 gr. 62 pour 24 heures.
Nacl : 12 gr. 13 par litre ; 15 gr. 39 par 24 heures.

Certificat de quinzaine : « *Folie intermittente avec accès de confusion mentale et délire onirique, agitation consécutive.* Il a des visions lui montrant que la France est en danger, il entend des voix célestes. *Insuffisance rénale* » :

Dès son entrée le malade est mis au régime lacté absolu.

L'amélioration est rapide, la confusion disparaît, le sommeil revient, le malade est calme et propre.

Le 5 avril : Pression sanguine (*appareil de Pachon*). — Pression maxima : 16 ; minima : 11.

Examen d'urine le 24 avril :

1.100 cc. pour 24 heures.
Glucose : néant,
Albumine : néant.
Urée : 15 gr. 80 par litre ; 17 gr. 38 par 24 heures.
Nacl : 13 gr. 45 par litre ; 14 gr. 79 par 24 heures.

Sorti guéri le 27 avril 1913. Nous avons reçu au cours de juin une lettre du malade nous confirmant que la guérison persistait et qu'il avait repris ses occupations.

En résumé. — Chez un homme de 36 ans, qui a fait autrefois de gros excès de boisson, mais qui est maintenant abstinent, et chez lequel on ne trouve plus aucun symptôme physique de l'intoxication alcoolique chronique, sont apparus à intervalles irréguliers six accès délirants. Les derniers de ces accès ont commencé par de la confusion mentale avec délire onirique à laquelle fait suite de l'excitation maniaque. De sorte que selon la période de l'accès à laquelle il est examiné, on le considère soit comme un intoxiqué délirant, soit comme un maniaque, et à son cinquième internement on porte sur lui à l'admission le diagnostic de *folie intermittente.*

Remarquons que chez lui, il est possible que les premiers accès puissent être rattachés à l'intoxication alcoolique, tandis que les derniers semblent manifestement sous l'influence de l'auto-intoxication rénale, car nous constatons chez lui que les signes de petit brightisme sont de date assez récente. Nous insistons sur ce fait, que depuis ces dernières années, c'est un abstinent. C'est ici une preuve nette que sur un même terrain, deux intoxications différentes peuvent provoquer les mêmes accidents mentaux.

Remarquons que, malgré la multiplicité des accès, cet homme est resté très intelligent et occupe un poste de confiance.

Obs. V (personnelle). — Mme Deb..., 51 ans, domestique, entre pour la première fois à l'asile de Vaucluse le 10 août 1909.

Antécédents héréditaires. — Père cultivateur, mort à l'âge de 78 ans. Mère morte à l'âge de 70 ans, buveuse d'eau-de-vie et de vin, était souvent ivre.

Antécédents collatéraux. — Une sœur âgée de 57 ans, mélancolique, obsédée par des idées noires.

Cette sœur paraît être une *intermittente* ; parfois elle passe des jours entiers assise dans un coin, sans parler, refusant la nourriture, ne voulant pas se lever. Puis elle a des périodes de calme pendant lesquelles elle est propre et raisonnable. Les accidents mentaux paraissent consécutifs à une fièvre typhoïde survenue dans l'adolescence.

Antécédents personnels. — Pas de maladies graves dans l'enfance. Elle a été à l'école, mais apprenait peu, elle préférait jouer.

Elle a été réglée à 15 ans, régulièrement.

Ménopause à 45 ans, sans incidents.

Elle s'est mariée à 24 ans et a eu deux enfants, actuellement bien portants et normaux.

De tout temps, la malade a eu un caractère bizarre. Elle était un peu « en l'air », nous dit sa fille ; de nature joviale, dépensière et désordonnée, elle dépensait inutilement son argent dès qu'elle en avait. Elle était sujette à des brusques variations d'humeur et passait, d'une gaîté que rien n'expliquait, à la tristesse et au découragement pour le moindre motif. Elle n'a jamais fait d'excès alcooliques.

A 35 ans, elle vient à Paris et fait des ménages.

En 1894, son mari meurt en 4 jours.

A ce moment, elle était en période menstruelle ; les règles cessent brusquement et ne reparaissent plus de plusieurs mois. Puis elles reviennent, mais très irrégulières jusqu'à la ménopause. A l'occasion de ce choc moral, la malade n'a présenté aucun trouble mental.

Devenue veuve, elle se place comme bonne ; tout d'abord, elle reste assez longtemps dans chaque place qu'elle occupe, puis elle change de maison plusieurs fois par an. Elle en donne l'explication dans ce fait, qu'un certain M. Rose, chez qui elle est restée un an, lui causait des ennuis et la poursuivait pour se marier avec elle. C'est pour lui échapper qu'elle changeait tout le temps de places. Elle lui a écrit des lettres de sottises et l'a menacé de se plaindre au commissaire de police et au maire du pays. Ce monsieur a plu-

sieurs fois voulu l'enlever, il profitait du moment où ses patrons étaient absents pour pénétrer la nuit dans sa chambre et essayer de l'emmener avec lui.

En 1909, étant placée chez un médecin, elle devient triste, déprimée et mélancolique, elle perd l'appétit, ses nuits sont troublées par des cauchemars dans lesquels elle voit divers membres de sa famille dans des scènes variées. Puis elle s'excite, menace, si bien, qu'elle est envoyée au dépôt. Là, le Dr Clérambault rédige sur elle le certificat suivant : « Excitation maniaque, surtout intellectuelle. Insomnie, logorrhée par intervalles avec propos absurdes et disparates (haricots empoisonnés, Jeanne d'Arc, M. Fallières, ses entrailles sont bénies, etc.) ».

A son entrée à l'asile de Vaucluse le 10 *août* 1909, elle est déjà moins excitée et elle ne s'agite plus que par intervalles.

Elle parle d'une façon assez cohérente et elle manifeste surtout des idées de persécution contre des voisins indéterminés qui répètent tout ce qu'elle dit. Les nuits sont cependant encore très agitées, elle se promène en chemise, tenant des propos orduriers et chantant à tue tête ; elle paraît avoir des hallucinations de la vue et de l'ouïe.

L'amélioration est rapide, et la malade peut être mise en liberté *six semaines après son entrée*. .

Elle s'en va habiter chez sa fille ; le soir même de sa sortie, sans avoir fait d'excès alcooliques, elle s'excite, parle avec volubilité, tient des propos incohérents. Au bout de deux jours, elle refuse de vivre plus longtemps avec sa fille, et s'en va habiter toute seule dans une petite chambre. Pendant quelques mois, elle disparaît, et ses enfants n'ont plus que de vagues nouvelles d'elle. Ils savent cependant qu'elle menait une existence bizarre, se promenant tout le temps dans la rue. Puis elle se calme et trouve une place comme bonne à tout faire.

Elle ne reste pas longtemps chez ses nouveaux maîtres ; les nuits redeviennent agitées, elle voit des souris et des punaises qui grimpent sur son lit, elle s'excite et devient incohérente, si bien qu'on doit l'envoyer au dépôt.

Voici le récit qu'elle nous fait de son arrestation, récit dans

lequel se confondent des faits probablement exacts et des souvenirs oniriques : « M. Rose continuait à la tracasser et la poursuivre pour l'épouser, si bien que son patron, fatigué de ces visites incessantes, la prie de s'en aller. Elle s'y est refusée. On a fait alors venir, pour l'emmener, M. Lépine et un médecin. M. Lépine était vêtu d'un complet marron et d'un chapeau noir ; le médecin assez âgé, portait un pardessus gris et un chapeau à larges bords. Ces deux Messieurs l'ont priée de les suivre, et ils l'ont accompagnée jusqu'à Sainte-Anne. »

A Sainte-Anne, elle a bien compris que M. Rose la poursuivait encore, car elle l'a vu à plusieurs reprises couché dans un lit en face d'elle. Un jour qu'elle avait soif, on lui a donné à boire un mélange d'alcool et d'éther.

A sa deuxième entrée à Vaucluse, *le* 24 *mai* 1909, elle est excitée et joviale.

Elle raconte que tout le monde continue à la persécuter, mais sur un ton enjoué et sans avoir l'air de s'en préoccuper beaucoup. Les nuits sont très agitées.

Pendant deux ans et demi, la malade passe par des alternatives d'excitation et de calme. Durant cette période elle change 13 fois de quartier ; la durée des périodes d'agitation l'emporte de beaucoup sur celle de périodes de calme. Elle n'a jamais présenté de dépression mélancolique nette ; tout au plus, lorsque les crises d'excitation avaient duré longtemps, restait-elle quelques jours fatiguée et abattue.

Le 21 *mai* 1912, elle a une crise d'étouffement sur laquelle nous manquons de détails. Nous savons cependant qu'elle a été soulagée par l'application de ventouses scarifiées.

Au début de 1913, on est appelé la nuit, parce que la malade étouffe. On la trouve assise sur son lit, la face refroidie. La respiration est très difficile, des mouvements inspiratoires irréguliers, coupés de longues pauses et se rapprochant du type de Cheyne-Stokes.

La malade expectore des crachats abondants et spumeux. Le pouls est fort et bondissant. Pensant à des accidents pulmonaires urémiques, on fait une saignée et on place des ventouses scarifiées aux deux bases ; l'amélioration est presque immédiate.

Deux jours après, apparaît une légère subexcitation suivie d'une période d'agitation durant un mois environ.

Le 3 mars 1913, la malade fait une autre crise analogue à la précédente. Elle est également traitée par les ventouses scarifiées et la saignée, et améliorée immédiatement. *Recherche de l'urée dans le sérum sanguin, 0 gr. 412* °/₀₀.

Deux jours après, débute un accès d'excitation d'une grande violence, pendant lequel la malade, complètement incohérente, s'agite jour et nuit, déchire sa literie, boit son urine et se livre à des gesticulations désordonnées. *Pas de confusion mentale.*

Le 1er mai 1913, la malade est un peu essoufflée, son pouls est tendu, figure cyanosée, les urines peu abondantes. Légère tendance à l'excitation ; on place des ventouses scarifiées et on fait prendre de l'urotropine. Au bout de 3 jours, la malade est plus calme, elle urine mieux.

Le 1er juin 1913. — La malade est calme et propre. Elle répond d'une façon sensée aux questions qu'on lui pose, sur un ton jovial et par des propos qui veulent être drôles. Elle a conscience du lieu où elle se trouve. La mémoire est assez bien conservée sur les faits anciens, moins fidèle sur les acquisitions récentes. Diminution de l'affectivité et du jugement. La malade dort bien pour le moment. Elle se plaint de crampes dans les jambes.

En l'examinant, on constate de l'œdème des membres inférieurs. On donne de la théobromine puis on institue le régime lacté absolu.

Le lendemain, l'œdème a envahi tous les membres inférieurs et la paroi abdominale. Les urines sont très peu abondantes. On augmente la dose de théobromine.

Le 4 juin 1913, l'œdème est en voie de régression ; les urines sont plus abondantes.

Analyse d'urine :

810 cent. cubes par 24 heures.

Urée, 19 gr. 70 °/₀₀, 15 gr. 95 pour 24 heures.

Nacl., 4 gr. 689 °/₀₀, 3 gr. 79 pour 24 heures.

La malade est calme *jusqu'au 25 juin*. A cette date, comme elle se plaint d'avoir faim, on l'autorise à manger de la panade et des œufs.

Le 30 *juin*, on sent que la crise d'agitation va commencer. Alors que les jours précédents elle était plutôt un peu somnolente, elle cause beaucoup, met des morceaux de papier dans ses cheveux, fait des grimaces, etc.

Le 2 *juillet* 1913, elle est en pleine excitation et on doit la passer dans le quartier des agitées.

Analyse d'urine :

350 gr. pour 24 heures.

Urée, 22 gr. 20 °/₀₀, 7 gr. 77 pour 24 heures.

Elle reste 15 jours environ dans ce quartier ; puis pendant deux mois et demi elle est assez calme. On continue le régime lacté.

Le 1er *octobre* 1913, cessation du régime lacté. 3 ou 4 jours après, l'excitation réapparaît.

Analyse d'urine :

Quantité pour 24 heures, 850 cent. cubes.

Urée, 15 gr. 47 °/₀₀, 13 gr. 15 pour 24 heures.

Chlorures, 9 gr. 96 °/₀₀, 8 gr. 46 pour 24 heures.

La malade est actuellement en pleine crise d'agitation.

En résumé. — C'est une malade de 51 ans, dont les antécédents héréditaires sont particulièrement lourds, de caractère instable, n'ayant jamais fait d'excès alcooliques, qui, à partir de l'âge de 47 ans environ, a commencé à faire des crises de confusion mentale avec onirisme, auxquelles ont succédé des accès d'agitation maniaque pure, sans association de confusion mentale. Plusieurs points sont remarquables chez cette malade : d'abord la modification complète dans l'aspect clinique des accès ; puis le lien intime qui paraît unir, surtout depuis ces dernières années, l'apparition des accidents urémiques et celle des troubles mentaux ; enfin, cette malade, si lourdement tarée au point de vue constitution mentale, n'a présenté aucun accident délirant à

l'occasion du choc moral violent qu'a été pour elle la mort de son mari.

Obs. VI (Présentée en collaboration avec M. le Dr Vigouroux, à la Société médico-psychologique. Juin 1913). — Mai..., François, est un jeune homme qui est *entré à la colonie de Vaucluse à l'âge de seize ans, le* 20 *février* 1897.

Il présentait de « l'excitation maniaque avec incoordination dans les idées et dans les actes » (Blin). Il avait tenté de se suicider en se jetant sous un tramway. Il reste à la colonie jusqu'au 14 novembre 1897 et semble avoir présenté, pendant ce séjour de 9 mois, plusieurs courtes crises d'excitation.

24 *décembre* 1898, il fit une *nouvelle entrée* provoquée par des alternatives d'excitation et de dépression (Taguet).

Il sortit le 14 août 1899.

11 *novembre* 1899, il entre une *troisième fois* à l'Asile avec le même diagnostic et il y reste jusqu'au 17 juin 1900.

5 *janvier* 1901, *quatrième entrée*. Il avait présenté une crise d'excitation, avec loquacité, cris et mouvements désordonnés (Magnan). Le certificat du Dr Legras porte : « Dégénérescence mentale, avec alternatives d'excitation maniaque et de dépression mélancolique. Etat actuel d'excitation. »

A son entrée dans le service, il est calme et s'occupe à quelques travaux. Il prétend ne se rappeler rien et ne comprend pas pourquoi on l'a interné.

Au point de vue mental c'est un débile sachant à peine écrire, épelant les lettres une à une. L'examen physique ne présente rien d'anormal, qu'un léger tremblement de la langue.

13 *février* 1901, commence une crise d'excitation, d'une durée de six jours environ, pendant laquelle il est en proie à une vive agitation motrice, riant à tout propos, mais ne prononçant pas une parole. Il paraît assez inconscient de sa situation et confus.

Il sort le 27 mai 1901.

23 *juillet* 1904, *cinquième entrée*. Il est arrêté sur la voie publique, se livrant à des extravagances, courant après les automobiles et les tramways, qu'il veut arrêter.

Il sort le 2 octobre 1904.

En 1908, *il a un accès d'excitation*, qui n'amène pas son internement, bien qu'il ait provoqué des réactions dangereuses. Cet accès dure trois semaines pendant lesquelles il se montre agité, euphorique et mégalomaniaque. Il se livre à des actes bizarres, mange des oiseaux vivants, part des journées entières pour des promenades à bicyclette sans but, etc. Très excité au point de vue génital il a, à ce sujet, de nombreuses discussions avec sa femme qu'il frappe un jour d'un coup de pied au ventre.

La violence de ce coup est telle qu'il provoque une escarre du cæcum nécessitant une laparotomie.

21 *mai* 1911, *sixième entrée* provoquée, comme la précédente, par du scandale dans la rue. Cette fois, sa femme peut nous donner quelques renseignements sur ses antécédents. Il est fils d'un cantonnier du bois de Boulogne, alcoolique, buveur d'absinthe et de vin blanc. Il a un frère de vingt et un ans, un peu nerveux, et une sœur de quinze ans qui présenterait de temps à autre des crises d'excitation. Cette sœur a été par la suite, internée à Villejuif. Lui-même serait un buveur d'absinthe et de vin blanc? (Renseignement contesté par le père).

Il travaille comme garçon maçon gagnant 5 fr. 50 par jour.

Mais, trois semaines avant son arrestation, les fortes gelées l'ont réduit au chômage. Affecté par cet incident, « il s'est mis à boire » (?) plus que de coutume, et, vers *le* 8 *janvier*, est apparue une nouvelle crise d'excitation : « il se croit riche, veut acheter une automobile, parle de faire de l'aéroplane avec son vélo », il présente, en outre, de l'excitation génitale et de l'insomnie.

27 *janvier* 1912, il part, le soir, à bicyclette, voir un de ses cousins habitant Montmartre. Ne le trouvant pas, il veut revenir à Suresnes, où il habite à l'hôtel, trouve cet hôtel fermé, et passe sa nuit à errer sans but. Au matin, nous raconte-t-il, il s'est senti faim, et comme il avait perdu son porte-monnaie, il a voulu prendre un morceau de pain chez un boulanger et s'est fait arrêter. En réalité, sa femme nous raconte qu'il s'est jeté sur une porteuse de pain pour lui voler son argent.

Au dépôt, il est vu par le Dr Dupré, qui rédige le certificat suivant :

« Débilité mentale, avec *crises périodiques d'excitation et de dépression* ; extravagances et scandale sur la voie publique avec refus de s'expliquer ; attitude hostile, réactions coléreuses ; plusieurs tentatives de suicide ; parfois, refus d'aliments. Appoint alcoolique. Etat actuel d'agitation avec désordre des actes, irritabilité, réactions hostiles. »

A son passage à l'admission, il présente de la *dépression anxieuse avec mutisme* (Juquelier).

A son arrivée dans le service, le 4 février 1911, il est calme et non délirant, conscient de son état, du temps et du lieu. La mémoire est bien conservée, et il se rappelle ses multiples internements antérieurs. Il les attribue à son caractère émotif, qui fait que, lorsqu'il a quelque chagrin, il perd la tête.

Au point de vue mental, c'est un débile vaniteux, fier des excès de vin blanc qu'il a commis, vantant ses prouesses, plaisantant sa femme et l'accusant de ne pas refuser à l'occasion un bon coup de vin, etc.

Les pupilles sont égales et réagissent bien, la langue est saburrale. La parole est un peu scandée et légèrement confuse, mais il s'agit là d'un embarras congénital coïncidant avec la forme ogivale de la voûte palatine. Les réflexes plantaires, crémastériens et patellaires sont normaux. Le cœur est sain. La respiration est emphysémateuse, l'expiration prolongée, l'inspiration humée.

Pour la première fois, nous constatons chez Mai... des signes indéniables de *brightisme* ; les urines, en effet, contiennent 0 gr. 30 *d'albumine* par litre. Il nous apprend également, et ceci est confirmé par sa femme, qu'à intervalles irréguliers, et plus spécialement dans les jours qui précèdent les crises d'excitation, il lui est arrivé d'être pris brusquement d'étouffements qui l'obligent à se rendre à l'hôpital. Là, il se trouve très soulagé par l'application de ventouses scarifiées. A l'hôpital, on a constaté son brightisme et on lui a conseillé un régime alimentaire qu'il n'a pas suivi. Ce sont là, à n'en pas douter, des crises d'*œdème aigu du poumon survenant chez un néphritique*. Du 4 février au 8 mars, il reste à l'infirmerie, soumis au régime déchloruré. Son albumine, dosée chaque jour au tube d'Esbach, *diminue progressivement* jusqu'à devenir indosable

par ce procédé. Il continue à se montrer calme et serviable, et s'emploie à quelques travaux au quartier.

8 *mars*, il est transféré dans un quartier de travailleurs, soumis *au régime ordinaire* et occupé aux travaux de culture.

Cinq jours après avoir cessé le régime déchloruré, le 13 mars, travaillant aux champs, il commence à s'exciter, insulte les passants sur la route et les voyageurs des trains. On examine son urine et on trouve *plus d'un gramme d'albumine au tube d'Esbach*. Pendant quatre à cinq jours, il se montre turbulent et excité ; remis alors au régime lacté, on voit, à mesure que l'albumine disparaît dans les urines, le calme revenir progressivement. Lorsque l'albumine n'atteint plus que 0 gr. 15 par litre, on le remet au régime déchloruré, puis au régime ordinaire et, le 21 mai 1911, ayant passé près de deux mois sans avoir présenté des crises d'agitation, il est remis en liberté sur la demande de sa femme.

Pendant un an et demi, il travaille assez régulièrement à son métier de maçon. Il continue à boire de temps à autre, mais de façon assez modérée. Dans cet intervalle, il a présenté *deux fois un peu d'excitation passagère* et plusieurs fois, pris par des crises d'étouffements, il a été obligé d'aller se faire mettre des ventouses dans divers hôpitaux ou dispensaires.

Au début de décembre 1912, il fait une chute sans gravité aucune d'un échafaudage et est obligé de s'aliter. Au bout de quinze jours, il commence à s'exciter, brise ses meubles, chante à tue-tête dans sa chambre. Il prétend que, quelqu'un ayant jeté une pierre dans les vitres de sa fenêtre, il est descendu dans la rue, et comme il continuait à chanter, il s'est fait arrêter. *Il entre dans le service le* 21 *décembre* 1912. La crise d'excitation est à peu près terminée, il est calme, s'alimente bien et fait sa toilette.

Au point de vue mental, c'est toujours le même débile vaniteux que nous avons connu au cours de ses précédents internements, mais en outre sont apparues chez lui quelques vagues idées de persécution, et peut-être quelques hallucinations épisodiques de l'ouïe. La nuit, des voix l'injurient dans sa chambre. Dans la rue, les enfants crient « au fou » quand il passe (ce qui est très vraisemblable); on lui interdit de répondre aux questions, etc. Il se

plaint vivement de la conduite de sa femme à son égard : elle l'a quitté voici bientôt un an, elle le trompait avec un de ses amis, il en est sûr, car sa petite fille lui a donné des détails qui ne permettaient pas le doute.

Dans l'examen physique, nous relevons du tremblement léger de la langue et des doigts, et un affaiblissement marqué des réflexes patellaires. Le cœur présente un bruit de galop. La respiration est humée avec quelques râles de bronchite et diminution de murmure vésiculaire.

Examen des urines :

Quantité, 2 litres 900 par 24 heures.

Urée.....	11 gr. 5 p. 1,000 ;		33 gr. 35 pour 24 heures.	
Acide urique	0 gr. 33	—	0 gr. 95	—
Chlorures...	11 gr. 40	—	33 gr. 05	—
Albumine...	1 gr. 40	—	4 gr. 06	—

Il existe donc une albuminurie considérable, une augmentation très nette d'excrétion de l'urée, des chlorures et de l'acide urique.

Mai... est mis au régime lacté absolu, mais cependant l'albumine persiste longtemps et ne disparaît pas entièrement. Le malade a été mis au régime ordinaire depuis le 26 janvier ; il est calme et s'occupe à l'infirmerie. Il reste cependant un peu irritable, sujet à des mouvements de mauvaise humeur et il répond d'un air grognon quand on lui demande de ses nouvelles.

Analyse du 2 février :

2 litres 300 d'urine par 24 heures.

Urée.....	8 gr. 40 p. 1,000 ;		19 gr. 22 pour 24 heures.	
Chlorures...	10 gr. 25	—	23 gr. 575	—
Albumine..	0 gr. 40	—	0 gr. 92	—

Le 8 février, il commence à s'agiter, monte et descend les escaliers sans motif, grimpe sur les radiateurs, s'accroche aux barreaux des fenêtres, il paraît très confus, ne prononçant pas une parole, ne répondant rien quand on lui demande pourquoi il agit ainsi et il a l'air complètement perdu. Il ne semble pourtant pas que l'agitation motrice soit en rapport avec un véritable rêve que vit le malade en ce moment-là.

Du 8 au 28 février, il reste très agité et très confus, quittant son

lit, essayant de grimper aux arbres, sautant sur les bancs, tentant à plusieurs reprises de frapper d'autres malades, toujours sans vouloir parler ni expliquer ses actes bizarres.

Le 14 février, on fait une *prise de sang* pour doser l'azotémie et pendant l'heure qui suit cette opération, on recueille les urines émises.

L'analyse de l'urine pendant la période d'excitation montre à côté de la polyurie, de l'albumine en quantité notable et de l'hypoazoturie. Le sang contient 0 gr. 08 d'urée pour 1,000, quantité au-dessous de la normale.

Peu à peu, le malade se calme, tout en conservant son caractère mécontent et hargneux.

Le 6 mars, les urines contiennent encore de légères traces d'albumine.

Le 15 mars, il travaille régulièrement, mange le régime ordinaire, Il est calme, son humeur est plus régulière ; il se trouve content et dort bien.

Sorti le 29 mars 1913.

En résumé, ce malade, âgé de 32 ans, présente depuis l'âge de 16 ans des accès d'excitation et de dépression, ayant provoqué six fois son internement, et un certain nombre d'accès moins graves. C'est un dégénéré, mais cependant capable de bien gagner sa vie dans l'intervalle de ses accès.

Il fait quelques excès alcooliques et depuis plusieurs années, il est un néphrétique. Chez lui, les accès présentent l'association de l'excitation, de la dépression et parfois de la confusion mentale. Volontiers, nous le rapprocherions des types d'états mixtes de Kræpelin ; certaines de ses crises rappellent bien la manie colé-reuse, d'autres la manie improductive.

Ici la confusion mentale, tout en existant de façon

indéniable, passe déjà au second plan et personnellement nous considérons ce malade comme un véritable intermittent. Notons chez lui l'influence d'une alimentation défectueuse sur la reprise d'un accès et le caractère intermittent des accès de suffocation de nature brightique.

Obs. VII (Vigouroux et Juquelier). — S.. Eugène, âgé de 67 ans, est entré dans le service des hommes de l'asile de Vaucluse le 18 *janvier* 1902, avec les certificats suivants : « Affaiblissement intellectuel, excès alcooliques anciens, tendances mélancoliques, idées de persécution et de suicide, préoccupations hypochondriaques (Legras) ».

« Affaiblissement intellectuel avec idées mélancoliques et de persécution. Cauchemars. Tentatives de suicide. Etourdissements. Faiblesse musculaire, habitudes alcooliques anciennes (Magnan) ».

C'est un homme normalement constitué de 1m67 de taille, pesant 67 kilogr. et ne présentant pas de tares physiques congénitales notables. A son entrée, nous le trouvons les yeux bouffis, les pupilles contractées et légèrement inégales. La langue est saburrale et tremblante. Les réflexes patellaires sont un peu forts, les réflexes crémastériens faibles.

Il n'y a pas de troubles objectifs de la sensibilité générale, mais le malade se plaint de ressentir depuis sept ans à la suite d'une « congestion » des douleurs fréquentes dans la tête et dans les membres inférieurs. La force musculaire est diminuée. La démarche est difficile, sans caractère précis et présente une certaine instabilité.

L'appareil respiratoire est normal. Les artères sont dures et flexueuses, mais l'auscultation du cœur ne révèle pas de bruits anormaux. Le malade est habituellement constipé. De plus, il a de fréquentes douleurs au niveau de la région gastrique dans les premières heures qui suivent le repas. Une hernie inguinale droite de petit volume est parfaitement réductible. Les urines ne contiennent ni sucre, ni albumine et leur examen clinique n'attire pas l'attention du côté de l'appareil excréteur.

Au point de vue mental, on note en premier lieu un certain degré d'affaiblissement intellectuel, puis avec quelques préoccupations hypochondriaques quelques idées de persécution non localisées

A l'asile de vieillards de Villers-Cotterets où il était avant les incidents qui l'ont mené à Sainte-Anne : « de mauvaises gens, des soulards, lui en voulaient parce qu'il était trop tempérant. » Ses ennemis le menaçaient de le faire partir, voulaient lui faire du mal, le priver de nourriture. Ils s'impatientaient de ne pas le voir mourir.

C'est pour se débarrasser d'eux en leur donnant satisfaction qu'il a absorbé une bouteille de « médicament », mais, ajoute-t-il, ce n'était pas sérieux. Si le malade a commis des excès alcooliques, son récent séjour à Villers-Cotterets semble bien prouver que ces excès sont de date ancienne.

L'état du malade est sensiblement le même après un séjour d'une quinzaine à l'asile. A ce moment, les préoccupations hypochondriaques dominent les idées délirantes de persécution qui se sont un peu effacées. S... est incapable de s'occuper, tant à cause de sa faiblesse musculaire qu'à cause de son état démentiel relatif. Il se plaint chaque matin de sa santé, mais a un appétit régulier et on ne constate pas chez lui de symptômes objectifs en rapport avec ses plaintes Il est calme, facile à surveiller et ne trahit pas d'hallucinations

A la fin du mois de juin, le malade est pris de vomissements qui se répètent pendant plusieurs jours. Il se plaint en même temps de céphalées tenaces. Alité, il ne peut se réchauffer dans son lit et demande, en plein été, qu'on lui donne un édredon. Les pupilles toujours inégales sont très contractées. Les paupières sont légèrement œdématiées. L'auscultation du cœur permet de constater un bruit de galop à dédoublement du premier temps. Le pouls est tendu et vibrant. Le foie est gros, sensible à la palpation. Depuis plusieurs jours, S .. n'est pas allé à la selle, il urine souvent et peu à la fois.

Le régime lacté, les diurétiques, quelques purgatifs drastiques eurent une heureuse influence sur cet état. Toutefois, les symp-

tômes ne rétrocèdent que lentement et le 14 juillet une injection de 1 cc. de la solution stérilisée de bleu de méthylène indique un retard considérable dans l'apparition du bleu et une lenteur très grande à l'élimination.

L'examen complet des urines donne à cette époque les résultats suivants :

Quantité	2 000
Densité	1 010
Urée	35 gr. (17 gr. au litre).
Coefficient d'oxydation	79

Une injection de bleu de méthylène faite dans les mêmes conditions que précédemment, indique que l'élimination est très retardée et très lente, puisque les urines sont encore colorées à la 72e heure.

Cette analyse fut pratiquée, il est vrai, à une époque où l'amélioration se dessinait déjà. Mais elle est à peu près négative. Seul le coefficient d'oxydation est un peu faible et c'est grâce à l'injection de bleu de méthylène et aux signes physiques concomittants que l'on peut faire le diagnostic de néphrite chronique Au point de vue mental, l'hypochondrie est exagérée depuis que la petite urémie s'est manifestée d'une façon nette et persiste malgré l'amélioration physique. Bien que le pouls soit devenu meilleur, que le bruit de galop ait disparu, ainsi que la cryesthésie et les maux de tête, la malade prétend que son état de santé est tout à fait mauvais ; il dit qu'il va mourir. Il se plaint aussi du régime lacté.

Vers le milieu de septembre, le mieux s'accentue et le malade, moins hypocondriaque, peut se lever dans la journée. Il n'a plus de vomissements, respire mieux, urine moins souvent et plus à la fois, il va régulièrement à la selle, et son régime alimentaire peut être un peu moins surveillé.

Au mois d'octobre, nouvelle analyse d'urine :

Quantité	2.375 cc.
Densité	1 009
Urée	22,44 gr. (9,45 au litre)
Coefficient d'oxydation	85

Ici, bien que l'état mental soit assez satisfaisant, on peut noter une légère diminution dans l'excrétion de l'urée.

Le 25 novembre, le malade est retombé dans un état d'hypocondrie très accusé. Au moment, il pousse des gémissements continuels, refuse de s'alimenter, attend la mort. Le teint est jaune, terreux, les paupières bouffies, le poul tendu et irrégulier.

S... a des hallucinations de l'ouïe : « Est-ce vrai qu'on va me tuer », demande-t-il à la visite et comme on cherche à le rassurer : « Alors, qu'est-ce que ces gens là me disent donc ». C'est sans doute sous l'influence de ces hallucinations qu'il s'agite, sort de son lit, crie, se cache un instant après sous ses couvertures, a la physionomie très anxieuse, ne répond pas aux questions qu'on lui pose.

L'analyse d'urine du 5 décembre donne :

Quantité	1 250 cc.
Couleur	rouge foncé.
Urée	21,71
Coefficient d'oxydation	90

Ici encore, en pleine période d'excitation et d'hypochondrie, on note une diminution relative de l'excrétion urinaire puisque le malade est habituellement polyurique et une diminution légère de l'excrétion de l'urée.

A l'heure actuelle, le malade est plus calme, mais encore triste et préoccupé et n'a pas repris son équilibre.

En résumé. — Chez un homme de 67 ans, suspect. d'alcoolisme, *artério-scléreux* et quelque peu dément, des idées délirantes de persécution et des préoccupations hypochondriaques intenses se sont manifestées de concert avec divers phénomènes de *petite urémie*. Sans jamais disparaître complètement, les troubles psychiques et les troubles de la fonction rénale ont des exacerbations et des diminutions parallèles.

Le séjour du malade dans un hospice de vieillards avant son entrée à l'Asile nous permet de mettre en doute le rôle d'une intoxication alcoolique récente dans

la genèse d'accidents délirants, qui nous paraît être plutôt en rapport avec l'auto-intoxication par insuffisance rénale cliniquement constatable.

Obs. VIII (personnelle). — Doua..., 58 ans, jardinier, entre à l'asile de Vaucluse, *le 28 juillet* 1906. Sa femme et son fils nous donnent sur lui les renseignements suivants :

Antécédents héréditaires. — Père mort accidentellement. Mère morte à l'âge de 80 ans, à l'asile de Rennes.

Antécédents collatéraux. — Deux frères bien portants et bien équilibrés.

Antécédents personnels. — L'enfance et l'adolescence ne présentent rien d'intéressant.

Il a fait son service militaire en Algérie, où il a été atteint de fièvre paludéenne (?) et où il a contracté des habitudes d'intempérance. Après sa libération il s'est marié, a eu une petite fille, morte à 9 jours, et un garçon, âgé actuellement de 24 ans et bien portant.

Le premier internement a eu lieu en 1878, à l'asile de St-Méen, pour délire hallucinatoire aigu et excitation. Il y est resté 13 mois. A sa sortie, de 1879 à 1890, il a travaillé régulièrement, mais il a continué à boire. Il était employé chez un fleuriste à l'école des jardiniers de Rennes. Un jour, il a réuni les élèves pour leur faire un grand discours, avec gestes désordonnés et propos incohérents. La nuit suivante, il se montra très agité, divagua, poussa des cris, parce qu'il avait des hallucinations terrifiantes si bien qu'on dût l'interner. *Ce second internement* dura 9 mois. A sa sortie, il fit plusieurs places à Rennes, puis à Paris. Pendant 2 ans, il resta sans travail régulier. Depuis 4 mois, il travaillait régulièrement chez un jardinier à Saint-Denis. Il a continué ses excès alcooliques, qui provoquent chez lui des céphalées, des cauchemars nocturnes, des pituites matinales et des douleurs gastriques.

Il y a quelque temps, il a déclaré que son patron cherchait tout le temps à le contrarier, qu'il le persécutait. Le soir, il s'en plaignait à sa femme. Devenu triste et mélancolique, il lui arrivait de pleurer, en racontant ses malheurs.

Il y a huit jours, il rentre chez lui exalté, déclamant, menaçant sa femme, disant que le soleil lui a tapé sur la tête, et qu'il est devenu fou. Il refuse de se coucher : agitation motrice violente, avec insomnie complète pendant huit jours et hallucinations terrifiantes. Sa femme demande son placement volontaire. Le certificat d'internement porte : « Symptômes de grande surexcitation cérébrale avec délire de grandeur et de persécution, menaces contre sa femme, excès de boissons. »

A son entrée dans le service, le 28 *juillet* 1906, il se montre loquace, tenant bruyamment des propos souvent incohérents, agité et violent lorsqu'on veut le maintenir. Il se lève à chaque instant pour aller ennuyer ses camarades ou boire dans leur timbale, il donne de grands coups de poing sur son lit, sur sa table de nuit, se frappe la tête et la poitrine. Dans ses propos il se montre tantôt comme un persécuté, récriminant contre sa femme, son patron, ses voisins de lit, voulant frapper un malade en criant : « Voilà comment je fais quand on veut me faire du mal, à moi et à mes amis », tantôt comme un mégalomane : « il est d'une famille à qui appartient toute la terre. »

Les nuits sont très agitées, il parle, chante, cherche ses habits pour s'en aller, il court à la fenêtre et dit : « Voyez, nous voilà à Sidi-Bel-Abbès ; là ce sont les tentes où sont logés les travaux publics, c'est là que je prends les hommes pour faire les plantations d'arbres ! » Propos vulgaires, orduriers, incohérents, néologismes et recherche des consonnances. Il lui arrive souvent d'uriner au lit.

L'examen physique montre des pupilles inégales, avec réflexes conservés, la langue est légèrement tremblante, la parole est embarrassée. Les réflexes patellaires, plantaires et crémastériens sont faibles.

Tremblement des mains, pas de Romberg, pas de troubles de la marche.

Bruits du cœur sourds. Varices très prononcées des membres inférieurs.

Urines : *présence nette d'albumine.*

L'épreuve de la glycosurie alimentaire est négative.

Etant donné la présence de l'albumine dans les urines, le malade est mis au régime lacto-végétarien. L'agitation est traitée par le bromure de potassium et les bains prolongés

Le malade est alité au quartier des agités, où, pendant trois mois, il se montre très turbulent, loquace et incohérent. Il déchire sa literie, commet des malpropretés, chique du papier, etc. Il se montre très familier quand on lui cause, et il croit reconnaître tout le monde pour des amis d'autrefois.

Fin octobre 1906. — On arrive à le calmer pendant quelques jours, à l'aide de piqûres d'hyoscine.

L'apparition d'un anthrax du dos, opéré le 7 novembre, semble ramener la turbulence. Il chante, parle arabe, croyant commander un bataillon de zouaves. Il se plaint amèrement d'un nommé Pastrouille, une canaille et un voleur, qui est cause qu'on l'a interné, qu'on veut le tuer.

Janvier 1907. — Il est plus calme, quoique toujours loquace Il est maintenant levé et prend ses repas au réfectoire.

Régime ordinaire.

Mars 1907. — Agitation progressivement croissante. Il en veut toujours beaucoup à son ennemi Pastrouille.

Mai 1907. — Court séjour à l'infirmerie pour violente céphalée, inappétence, mauvais état gastrique.

Langue sèche et rôtie. Pas de température, ventre souple, rien au poumon. Purgation et régime lacté.

Puis il s'améliore assez rapidement pour qu'on puisse le faire travailler au potager où il rend des services.

Période de calme de juin à septembre 1907.

Septembre 1907. — Sa femme, qui avait demandé à le prendre en permission pendant quinze jours, est obligée de le ramener, parce qu'il est de nouveau excité.

Période d'excitation très violente, durant jusqu'au mois de *janvier* 1908.

Période de calme, pendant 4 ans et demi. Il travaille régulièrement et avec goût au potager. Il se plaît beaucoup à l'asile ; la première année, il est allé plusieurs fois en permission, maintenant, il refuse d'aller passer quelques jours chez sa femme, prétex-

tant qu'il préfère soigner ses légumes. Il ne reste plus aucune trace de délire, sauf, peut être, quelques vagues idées de persécution, qui le rendent méfiant vis-à-vis de sa femme. Il est très conscient de sa situation, et il se rappelle très bien qu'il est passé par des périodes de grande excitation.

8 *juin* 1912. — Reprise de l'excitation, insomnie, loquacité. Il raconte avec emphase des récits de batailles, montre fièrement des traces de blessures : « Personne ne peut en montrer autant que lui, personne ne sait aussi bien grimper dans les arbres ». Il reçoit la visite de sa femme, il la traite très grossièrement ; très sale, il jette son assiette, mange avec ses doigts ; il déchire sa literie et chique les morceaux de drap.

Pouls très tendu et bondissant. 2e bruit claqué au foyer artistique. *Urines albumineuses et peu abondantes.*

De juin 1912 *à mars* 1913, l'excitation maniaque continue, mais, coupée par les périodes de calme qui paraissent devenir de plus en plus longues. Par moment, il semble que le malade présente un certain degré de dépression mélancolique mais très peu accentué. En même temps l'état général devient assez mauvais, il maigrit beaucoup, son teint devient terreux, ses yeux s'excavent. Il est toujours hypertendu ; artères dures et flexueuses. Pendant les périodes de calme, on se rend compte que le malade ne présente aucun affaiblissement intellectuel.

15 *mars*-5 *avril* 1913. — Période de calme un peu plus longue que les précédentes.

Le malade se lève et s'occupe au dortoir.

5 *avril* 1913. — On s'aperçoit que le malade a les jambes enflées. L'analyse d'urine montre un *nuage d'albumine*. Il est assez calme, mais on sent chez lui un état hypomaniaque, qui fait présager un retour de l'excitation. Effectivement, au bout de quelques jours, il faut le passer au quartier des agités, où il est alité.

D'avril à août 1913, excitation coupée de courtes périodes de calme, pendant lesquelles la dépression mélancolique devient de plus en plus nette.

Alimentation défectueuse, amaigrissement.

2 *août* 1913. — Il a passé une mauvaise journée, il a vomi plu-

sieurs fois l'après-midi, puis il est devenu somnolent peu à peu. Pas d'attaques ni d'ictus brusque.

A 9 heures du soir, il est dans le coma, en pleine résolution musculaire, la face est pâle et un peu bouffie, les pupilles contractées ne réagissent plus à la lumière. La respiration est embarrassée, ronflante, à type de Cheynes-Stokes.

Le pouls est tendu, très dur, irrégulier, faux pas nombreux, bruit de galop.

Le malade vomit à plusieurs reprises et, sans efforts, un liquide clair.

Saignée et lavement purgatif. La recherche de la teneur du sang en urée indique un azotémie de 0 gr. 391 pour 1.000. Mort dans a nuit.

Autopsie. — *Cerveau et cervelet.* – Pas d'œdème des méninges. Léger athérome du tronc basilaire. Méninges minces et non adhérentes à la corticalité non ramollie.

Hémorragie ventriculaire considérable, ayant envahi les deux ventricules latéraux et ayant fusé par l'aqueduc de Sylvius, jusque dans le 4e ventricule. A la coupe du bulbe, petite hémorragie sur la ligne médiane, à la hauteur du bord inférieur de la protubérance, au niveau des fibres transversales du faisceau cérébelleux moyen.

Cœur. - Volumineux (480 gr.). Ventricule gauche, très épaissi, paroi de 3 cent. d'épaisseur (cœur de Traube).

Mitrale épaissie et blanchâtre. Coronaires non calcifiées. Quelques plaques de péricardite ancienne. Aorte dilatée, non athéromateuse, mais très friable.

Valvules sigmoïdes souples avec quelques petites végétations.

Reins (310 gr.). — Congestionnés, capsule adhérente. Plusieurs petits kystes sur la convexité, néphrite discrète.

Poumons. — Quelques tubercules calcifiés, très vieux, des sommets, grosse congestion des bases avec œdème, quelques adhérences anciennes en arrière.

Foie (1320 gr.). — Cirrhotique congestionné et gras.

Ganglion semi-lunaire. — Gros et très scléreux.

Examen histologique. — *Foie* : cirrhose péri-portale assez mar-

quée. Tissu conjonctif jeune, réunissant certains espaces portes entre eux. Les veines sus-hépatiques sont dilatées et pleines de sang, et les travées hépatiques qui l'entourent contiennent un assez grand nombre de cellules dégénérées.

Reins. — Nombreux glomérules sclérosés ou en voie de le devenir. Les cellules des tubes contournés sont hypertrophiées, globulaires, n'ayant plus de noyaux colorables, et remplissant presque la lumière des tubes. Sclérose très marquée du tissu interstitiel ; des bandes scléreuses partant de la périphérie sillonnent la région des tubes contournés. Par contre, les tubes droits ont conservé leur forme et leurs cellules ont des noyaux bien colorés.

En somme, néphrite chronique à prédominance parenchymateuse.

Cerveau. — Pie-mère un peu épaissie, mais sans traces d'inflammation. Au Nissl, cellules pyramidales très pigmentées. Certaines sont globuleuses, avec des noyaux excentriques, en voie de désintégration.

Au Weigert-Pal, couronne rayonnante, fibres de Baillarger et fibres tangentielles normales. Au niveau du bulbe, léger épaississement de l'épendyne sur le plancher du 4e ventricule.

Ganglion semi-lunaire : très scléreux, cellules volumineuses et pigmentées.

En résumé. — C'est un malade sans antécédents héréditaires appréciables, qui, sous l'influence de l'alcool, a fait tout d'abord des crises d'excitation avec onirisme. Mais l'influence de l'intoxication ne s'est pas limitée au cerveau, elle a également touché le rein, car à son entrée, en 1906, il est déjà albuminurique. Dans le premier accès auquel nous assistons, en 1906, la confusion mentale a disparu, il ne persiste que de l'excitation maniaque pure. Puis, de 1906 à 1913, il se montre sous l'aspect d'un maniaque intermittent franc. L'insuffisance rénale continue à se manifester par poussées correspondant assez bien aux périodes d'excitation maniaque.

L'examen histologique confirme l'existence de la lésion rénale.

Il est à noter que chez ce malade, à la suite de longs accès d'excitation sont apparus des signes légers de dépression. Kræpelin ferait de lui un maniaque dépressif : « très fréquemment, dit-il, avec la disparition de l'agitation maniaque se manifeste un état plus ou moins marqué de faiblesse et d'abattement qui est d'ordinaire considéré comme épuisement consécutif, tandis que j'incline à y voir simplement le changement en un état de dépression caractéristique de cette maladie ». Avec Séglas, nous pensons qu'il s'agit plutôt d'une véritable fatigue physique et d'épuisement cérébral.

Ob. IX (personnelle). — Mas .., 65 ans, ancien cocher, entre à l'asile de Vaucluse, le 16 novembre 1907.

Antécédents héréditaires. — Son père, ancien notaire, avait été cassé à la suite de malversations. Il est mort en 1873. La mère s'est suicidée en 1848 en se jetant d'un quatrième étage.

Antécédents collatéraux. — Deux sœurs bien portantes.

Antécédents personnels. — A été élevé, dit-il, au collège d'Amboise, où il montrait des « dispositions surprenantes ». Puis, garçon épicier de 16 à 20 ans à Tours.

A l'âge de 20 ans, il s'est engagé au 5e lanciers, puis il a été versé à la garde impériale, où il passe 5 ans. En 1867, il est réformé pour aliénation mentale et interné à Charenton. Il ne se rappelle plus bien combien de temps il y est resté (9 mois environ), ni pourquoi on l'avait interné; il dit qu'à ce moment, il buvait beaucoup d'eau-de-vie, et que ses camarades le poussaient à se griser.

Pendant la guerre de 1870, il s'engage et est blessé par un éclat d'obus au bras gauche. Sorti de l'hôpital, il se place comme cocher de fiacre. Il travaille régulièrement jusqu'à il y a 10 ans, puis par intermittence. Depuis deux ans, il ne vit plus que de sa pension.

Il a conservé ses habitudes alcooliques, et dès qu'il a un peu d'argent il va le boire avec les palefreniers.

Il s'est marié vers 1870, a perdu sa première femme, et s'est remarié. Il a eu 6 enfants.

Il semble avoir été toujours d'un caractère bizarre et méfiant. Après la mort de sa première femme, resté seul avec de jeunes enfants, il refusait de laisser ses parents s'occuper de leur instruction de peur qu'on ne les lui enlève. Il était toujours prêt à interpréter ce qui se passait autour de lui. Au sujet d'un héritage, il s'est brouillé avec le mari d'une de ses sœurs, sous prétexte qu'il avait été frustré.

Depuis 3 ans, il est sujet à s'exciter, il est violent et ses parents le considèrent comme dangereux.

Récemment il s'est présenté à l'ancien domicile de son gendre, occupé actuellement par un restaurant de jeunes filles ; comme le concierge voulait l'arrêter, il l'a frappé. Il s'est battu avec les agents venus pour l'arrêter, a causé du scandale et a été envoyé au dépôt.

Certificat de la Préfecture. — « Affaiblissement intellectuel, probabilité d'alcoolisme chronique. Interné en 1868 (Charenton) aurait eu un ictus vers 1876 ? Insociabilité, déchéance, vie actuellement désordonnée. Emotivité et irascibilité morbide. Animosité avec scènes de violence au domicile d'un gendre, menaces de mort répétées, voies de fait contre un employé ; était armé d'un tranchet ; venu là en voiture sans argent (De Clérambault) ».

A son entrée dans le service, il est excité, maniaque et loquace. Bavardage peu cohérent et émotivité pathologique. Idées de satisfaction, de richesses et de persécution. « Il va hériter de plusieurs millions d'une tante qu'il n'a vue qu'une fois et qui a une fortune inappréciable. Toute sa vie on l'a dépouillé et frustré, sa sœur et son beau-frère ont abusé d'une procuration qu'il leur avait donnée. Son gendre est une canaille, sa femme le trompe avec son cousin depuis 25 ans ».

Il s'excite en parlant et finit par pleurer sur ses propres malheurs.

L'examen physique montre des signes nets d'*artério-sclérose* : artères dures et sinueuses, tension sanguine élevée, fortes impulsions cardiaques, bruits du cœur sourds, la pupille droite est

déformée par un iritis traumatique ancien, la pupille gauche est en myosis. Réflexes conservés à la lumière. Langue trémulente, cicatrices de blessures de guerre notamment au niveau du deltoïde gauche. Deux cicatrices opératoires de hernie inguinale.

L'excitation s'accroît quelques jours après son entrée.

Février 1908. — Après deux mois d'agitation il est calme et tranquille. Il est lucide, affectueux, conscient de son état ; il travaille régulièrement.

Avril 1908. — Calme, travaille à la cordonnerie.

Mai 1908. — Très agité, il se bat à plusieurs reprises avec les malades. Cette excitation est passagère, et bientôt la tranquillité revient.

Du 29 novembre 1908 *à janvier* 1909, et *du 15 mars au 10 avril* 1909, excitation violente.

Dans le courant de l'année 1910, plusieurs crises d'excitation, coupées par de courts intervalles de calme pendant lesquels il est un peu déprimé. Cette dépression semble augmenter dans les jours qui précèdent l'apparition de l'agitation. L'excitation est progressive, il devient euphorique et loquace, fait des projets ambitieux, écrit beaucoup. Puis il se montre violent et frappe fréquemment les autres malades et les infirmiers.

Septembre 1911. — Excitation maniaque, insomnie. Il se promène tout nu, parle avec exubérance, décore tout le monde de la légion d'honneur. Il croit qu'il agit pour le bon Dieu, qui vient passer toutes ses nuits avec lui. Il déchire ses draps en petites bandes, et s'amuse à faire des dessins symboliques, tresse des croix avec sa paille, s'orne la tête et la barbe de détritus variés, masturbation effrénée : il conserve son sperme dans des bouts de papier et l'exhibe fièrement, le matin à la visite.

Année 1912. — Alternatives de crises d'excitation et de périodes tranquilles.

Janvier 1913. — Période nettement asthénique succédant à une série de petites crises d'excitation. Il reste couché, fatigué et sans forces. Reponses lentes, irritabilité.

8 *février* 1913. — Il commence une période d'agitation ; il est loquace, turbulent, il ne veut pas rester au lit. Idées de grandeur ;

« il a un château aux environs de Paris et il nous invite à la chasse ». Pas de confusion. Artères dures, pouls tendu, 22 cent. de pression au Potain.

Grosse polyurie : 4 l. pour 24 h.

Urée : 4 gr. 73 pour. 1,000; 18 gr. 22 pour 24 h.

15 *février* 1913. — Crise d'excitation d'intensité moyenne.

Quantité d'urine par 24 h. : 4 gr. 250.

On fait une prise de sang et on recueille les urines pendant une heure.

Quantité d'urine émise en 1 h.....	180 cc.
Urée dans l'urine.....	5 gr. 20 °/₀₀.
Nacl dans l'urine.....	10 gr. 54 °/₀₀.
Urée dans le sang.....	0 gr. 10 °/₀₀.

18 *avril*. — Malade calme.

Pression artérielle au Pachon : maximum : 16,5 ; minimum : 11.

Prise de sang et prélèvement d'urine d'une heure.

Quantité d'urine émise en 1 h. : 55 cc.

Urée par litre.....	22 gr. 60.
Nacl par litre.....	7 gr. 32.
Urée dans le sang.....	0 gr. 26 °/₀₀.

2 *juin*. — Surexcitation. Légère loquacité.

Urée dans l'urine.....	14 gr. 40 °/₀₀.
Urée dans le sang.....	0 gr. 26 °/₀₀.

24 *juin* 1913. — Début d'une période d'excitation : « Il est le fils de Dieu, il est très riche, très fort ». Décoration bizarre de sa chambre ; il arrange en des groupements pour lui symboliques des boutons de chemise, des morceaux de pain, des fragments de papier enduit de matières fécales.

2 *juillet*. — Violent. Frappe ses camarades. Idées de persécution : « On l'a fait enfermer pour lui voler ses biens, on chasse sur ses terres ». Fait un mélange de matières fécales, d'aliments, de débris de paille et d'étoffe et mange le tout en déclarant que rien n'est plus délicieux. Idées ambitieuses et mégalomaniaques.

30 *juillet*. — Même état.

5 *août*. — Calme, propos incohérents.

Septembre. — Alternatives de calme et d'excitation.

Octobre. — Le malade est un peu triste, il se sent surtout très fatigué. Progressivement, il récupère son état normal de calme et de lucidité, état qui dure jusqu'à aujourd'hui.

En résumé, c'est un malade de 71 ans qui depuis 6 ans présente des accès intermittents de manie franche. Près de 40 ans auparavant, il avait été interné pendant 9 mois à Charenton. Ainsi il se rapproche de ce cas de récidive de manie à longue échéance, publié par Leroy.

Nous pensons que son premier internement doit être rapporté à des excès alcooliques, et qu'au contraire les accès qu'il présente depuis 1907 coïncident chez lui avec l'apparition des signes d'artério-sclérose à prédominance rénale. Par la régularité et la fréquence de ces accès, par leur aspect clinique, il ne peut être considéré que comme un maniaque intermittent. Comme dans l'observation VIII, nous notons chez lui de la dépression légère après les périodes d'agitation, mais plus marquée. Le terme de maniaque dépressif est ici plus discutable pour lui.

Obs. X (personnelle). — Dem .., 42 ans, vernisseur sur métaux, entre à l'asile de Vaucluse, le 8 février 1913.

Antécédents héréditaires. — Père, 76 ans, charpentier, grand buveur d'absinthe, rentre souvent ivre, brutal avec ses enfants. Remarié.

Mère morte lorsqu'il était en bas-âge. Elle a été internée dans un asile du midi où elle a été très agitée pendant un an.

Antécédents collatéraux. — Du premier lit, un frère mort à 48 ans, une sœur très bizarre. Du second lit une sœur et cinq frères, tous buveurs, batailleurs, travailleurs instables allant de ferme en ferme.

Antécédents personnels. — A 10 ans il a été très malade d'une fluxion de poitrine.

Il a été à l'école jusqu'à 11 ans. Il travaillait bien. Intelligence moyenne, pas de troubles de l'humeur.

Jusqu'à 14 ans, il est resté en apprentissage chez un brossier, puis il s'est enfui parce qu'on le maltraitait. Il est alors allé rejoindre son père et l'a aidé à cultiver ses champs C'était un bon ouvrier sobre et travaillleur.

A 21 ans, il part faire son service au 67e de ligne. Au bout d'un an, il passe en Conseil de guerre pour vol d'un porte-monnaie, qu'il dit avoir trouvé et qui ne contenait qu'un bon de tabac. Il est condamné à un an de prison, puis envoyé aux bataillons d'Afrique à Gabès. Pendant son séjour en prison, il aurait été atteint de rhumatisme articulaire aigu.

Pendant son séjour en Tunisie, il aurait contracté les fièvres paludéennes ; il était très sujet aux maux de tête, aux bourdonnements d'oreilles et aux épistaxis. Au cours d'une marche d'épreuve, il tombe d'épuisement et on le transporte à l'infirmerie régimentaire, où on le garde un mois. Il s'y est montré très agité, criant et gesticulant jour et nuit, si bien qu'il a fallu lui mettre la camisole de force. La nuit il avait des cauchemars, ou bien se croyant encore cultivateur, il se levait pour aller aux champs.

En même temps, il souffrait de troubles gastro-intestinaux et de douleurs articulaires.

Il est envoyé à l'hôpital de Tunis, où on lui trouve de l'*albumine*, puis de là il est dirigé sur l'asile Saint-Pierre à Marseille (*Premier internement en* 1893).

Au bout de 2 mois de séjour à l'asile, il est un peu amélioré. On le réforme pour *aliénation mentale* et on l'envoie à l'asile de Clermont-d'Oise où il passe un an, calme, s'occupant dans les bureaux. Là aussi on lui trouve de l'*albumine*.

A sa sortie, il travaille d'abord comme charpentier avec son père, puis de 1896 à 1904 à Méru, chez un vernisseur. De 1904 à 1905, il fait plusieurs places, mais il ne semble pas qu'il s'agisse d'instabilité de la part du malade.

En 1906, *deuxième internement*. Il était alors chez son frère ; brusquement il s'est excité, ses propos sont devenus incohérents, il se promène tout nu ; on le transfère à l'asile de Clermont et dans

le trajet il frappe les employés de chemins de fer. Il reste un an à l'asile, très agité, loquace, sale, buvant ses urines. On lui trouve *un peu d'albuminurie.*

A sa sortie, il travaille tantôt comme charpentier, tantôt comme vernisseur.

En outre, il semble bien que d'après les renseignements donnés par le père, le malade présente à plusieurs reprises de courtes périodes d'excitation, assez légères pour ne pas provoquer son internement.

En 1908, il se marie à Londres, où il était allé travailler comme vernisseur ; sa femme est actuellement femme de chambre. Il a un enfant de deux ans.

Il semble avoir vécu d'une façon assez irrégulière avec sa femme.

En 1911, *il l'a quittée pendant deux mois à la suite d'une crise légère d'excitation.*

Il prétend avoir été passer ces deux mois chez son père, mais en réalité, sa femme nous dit qu'il a été vagabonder.

En janvier 1913, il présente des signes de *petit brightisme* : céphalée, crampes dans les jambes, et surtout polyurie et pollakiurie. Il remplace, dans son alimentation, le vin par le lait, mais conserve l'habitude de prendre chaque jour un quinquina. Il ne semble pas avoir fait, du moins pendant ces dernières années, de gros excès alcooliques.

Fin janvier 1913, *il s'excite tout d'un coup* : il déchire ses vêtements, fait des menaces, crie qu'il veut tuer ses enfants. Propos incohérents, actes absurdes, il veut allumer du feu dans son lit, etc. Les nuits sont très agitées, il entend des voix et veut se lever pour les suivre.

Amené au dépôt, le Dr Dupré rédige sur lui le certificat suivant : « Débilité mentale avec excitation maniaque. Loquacité, exubérance, instabilité, fuite des idées, euphorie, idées niaises de satisfaction, variations d'humeur, alternatives de colère violente avec désordre des actes et d'expansion joviale et bienveillante. »

A l'admission, il est considéré comme un débile mental avec *folie intermittente probable.*

Troisième internement le 8 *février* 1913, à l'asile de Vaucluse.

A son entrée, il se montre excité, loquace et jovial. Il présente un délire polymorphe, peu cohérent et pauvre, à base surtout d'idées de grandeur et de satisfaction. « Il est d'une famille d'inventeurs, il a trouvé les sciences et les mathématiques, il a inventé une machine à coudre, un procédé de fabrication de brosses. » A ces idées de grandeur se joignent quelques idées de persécution : « on lui en veut, on essaye de déconsidérer sa femme, il le sait, car c'est une voix qui le lui a crié quand il montait son escalier. » Il est désorienté, se croyant à Saint-Joseph, disant qu'il est entré depuis 8 jours. Quand on lui demande pourquoi on l'a interné, il répond : « *c'est l'albuminurie qui est cause de tout.* » Puis il déclare qu'on l'a envoyé ici comme étudiant, pour examiner des malades et être examiné lui-même.

L'examen physique ne présente d'intéressant que des signes manifestes *d'insuffisance rénale :* crampes dans les jambes, froid aux extrémités, fourmillements, brouillards et étincelles devant les yeux. Il aurait présenté de l'œdème des jambes.

Urines claires, abondantes, *pauvres en urée et en chlorures, très léger nuage d'albumine.*

Pression sanguine élevée (prise avec le Pachon) : maxima 20, minima, 14,5. Fortes impulsions cardiaques, tendance au bruit de galop.

Epreuve de la glycosurie alimentaire positive.

Le malade est mis au régime lacté et purgé au calomel.

Pendant huit jours, l'excitation persiste, les nuits sont agitées, le malade est toujours loquace et incohérent.

Le 20 *février* il est plus calme, conscient du temps et du lieu.

En juin 1913, l'amélioration est manifeste. Il est calme, raisonne bien, on peut l'employer aux travaux de culture. Le sommeil est satisfaisant. Il persiste cependant un certain degré de jovialité et de loquacité.

Août 1913. — Mis en liberté.

L'examen des urines, avant son départ, montre que les *troubles d'insuffisance rénale persistent*; les urines sont toujours abondantes, près de deux litres par jour en moyenne. Il y a diminution

de l'urée (18 gr. 50 par 24 heures), et de chlorures (8 gr. 95 par 24 heures). *Cependant tout nuage d'albumine a disparu.*

En résumé. — C'est un malade âgé de 42 ans, à antécédents héréditaires chargés, qui a fait ses premiers accès d'agitation à l'âge de 20 ans, sous l'influence probable de l'alcool et peut-être du paludisme. A supposer qu'on puisse se fier à ses dires, son albuminurie remonterait à ses premiers accès. Il est à remarquer que le diagnostic de folie intermittente a été porté à son passage à l'Admission. La jovialité, le ton un peu moqueur, la logorrhée, l'hypermnésie, le peu d'intensité des phénomènes moteurs, tous ces symptômes classiques de la folie intermittente sont extrêmement nets chez lui.

Obs. XI (Personnelle). — Sev..., 50 ans, commissionnaire, entre à l'asile de Vaucluse, *le* **14** *février* 1903.

Quelques jours auparavant, il avait fait une tentative de suicide par strangulation ; sur une somme de 100 francs qu'il avait péniblement amassée, une personne de l'hôtel où il habitait lui aurait volé, paraît-il, 20 francs. Désespéré par cette perte, il avait essayé de se pendre.

Certificat d'internement. — « Dépression mélancolique avec tentatives de suicide. Idées confuses de persécution (Garnier). »

A son entrée dans le service, il est toujours désespéré de la perte de cet argent. Il déclare qu'il est perdu, qu'il préférerait être mort, que maintenant il ne pourra plus rien faire. « Je sais bien ce qui me reste à faire, dit-il, c'est çà, » et il fait le geste de se brûler la cervelle.

Il se plaint que la police lui ait pris les 80 francs qui lui restaient et sa médaille de commissionnaire. Il marque une certaine tendance à s'agiter au récit de ses malheurs. Un peu de puérilité dans ses gémissements. Il se plaint vivement de douleurs dans les oreilles et les tempes; il est d'ailleurs sujet aux céphalées et aux éblouissements.

La physionomie est triste et pleurarde, le teint blême, les paupières bouffies ; calvitie précoce. Il a l'air beaucoup plus vieux que son âge. Les artères temporale et radiale sont dures et flexueuses, le pouls hypertendu. Les pupilles sont égales, les réflexes lumineux, abolis à la lumière et à l'accommodation.

Les réflexes patellaires et plantaires sont abolis des deux côtés, les réflexes achilléens sont faibles et s'épuisent très vite.

Grosses varices des membres inférieurs qui rendent la marche pénible et douloureuse. Pas de Romberg. Force musculaire très diminuée.

Le malade est porteur d'un double hallus valgus et d'une volumineuse hernie inguinale.

Urine abondante. Polyurie et pollakiurie. Pas d'albumine. Matières fécales très malodorantes.

Les nuits sont calmes, le sommeil lourd. Pas de cauchemars ni d'hallucinations

1^er^ *mai* 1903. — Il est toujours très mélancolique, mais plus persécuté : on lui a mis des bêtes dans son lit pour le faire mourir, on lui a fait couler de l'eau dessus pour lui donner une maladie de peau. Il est plus anxieux qu'à son entrée et il croit qu'on va le jeter sans le sou sur le pavé de Paris, de sorte qu'il ne lui restera plus qu'à aller se noyer à la Seine.

3 *mai* 1903. — Comme on lui propose de s'occuper un peu, il refuse, prétextant qu'on se moque de lui. Le lendemain, il s'excite, sort de son lit, demande à voir tout de suite le médecin. Crises de remords et d'indignité, il crie : « Ah ! si j'avais su que le médecin parlait sérieusement, j'étais sauvé. Maintenant je suis un misérable, je n'ai plus qu'à mourir. »

Juin 1903. — Toujours anxieux et inquiet. Croit qu'on veut l'envoyer au bagne. Dit qu'on l'empoisonne, qu'on lui fait répandre de mauvaises odeurs. Croit qu'on lui met du verre pilé dans ses aliments et dans son lit.

Pour échapper à ses persécuteurs, il essaye de se sauver, mais fait une chute sans gravité dans les escaliers.

Juillet 1903. — Le malade est calme et s'occupe à la menuiserie. Mais la dépression mélancolique, l'anxiété et les idées de persé-

cutions persistent. Voici par exemple un fragment d'une lettre qu'il a écrite au médecin : « Monsieur l'interne m'a promis que même si j'avais de la vermine dans mon lit ça ne serait pas un cas pour me renvoyer ; vous le savez je suis un malheureux qui ne peut pas marcher, pour me faire mettre à la porte on a trouvé le moyen de salir mon lit en y mettant ce qu'il y a de plus sales bêtes. Monsieur le Docteur, vous êtes bon pour moi et vous savez que si je sors d'ici je suis un homme perdu, car, je n'ai plus de papiers ni ma médaille de commissionnaire ; quant à la menuiserie, je ne peux plus y travailler car je ne suis plus assez fort et je n'ai plus d'outils ».

Mars 1904. — Travaille très régulièrement, mais toujours mélancolique et scrupuleux.

6 *octobre* 1904. — Il assiste à une tentative de suicide par strangulation de la part d'un de ses voisins de dortoir. L'état mental n'a pas été modifié par cette violente émotion.

Mars 1905. — Calme, toujours mélancolique.

4 *novembre* 1905. — Séjour de 15 jours à l'infirmerie pour point de côté au niveau du mamelon gauche. En ce point on entend quelques frottements pleuraux.

Eréthisme cardiaque, bruit du cœur éclatant, grosse hypertension, polyurie et pollakiurie.

Face blême et bouffie, pas d'albumine.

De 1906 *à* 1908. — Le malade continue à travailler régulièrement. Il est toujours un peu déprimé et se plaint de violents maux de tête le matin.

Mars 1908. — Le malade se plaignant de céphalée très violente, on fait une analyse d'urine et on trouve de *l'albumine*. Régime lacté.

Décembre 1908. — Il souffre de névralgies ; vomissements le matin. Polyurie et pollakiurie. Il urine la nuit toutes les demi-heures. *Légère albuminurie.*

De 1908 *à* 1912 — Période de subexcitation compatible avec un travail régulier mais peu productif. Il est toujours en mouvement, allant et venant sans raison dans l'Asile, cherchant à attirer sur lui l'attention, causant beaucoup, etc. ; puis on note l'apparition de quelques idées de grandeur et de satisfaction naïves. Il écrit aux

autorités militaires pour leur demander de faire imprimer son histoire pendant la campagne de 70. Il est très fier de quelques travaux de menuiserie qu'il a accomplis.

8 *janvier* 1912. — Crise d'anxiété succédant à des préoccupations hypochondriaques. Il croit qu'en mettant une chemise sale, il a attrapé de la vermine. Il demande qu'on l'isole de façon à ne pas en mettre partout. Le matin, il guette derrière la porte du quartier l'arrivée du médecin, puis il lui demande anxieusement : « N'est-ce pas que je suis perdu, il n'y a plus rien à faire, je suis un misérable. »

Quand on essaye de le consoler, il sourit tristement puis il éclate en sanglots. Il montre les traces imaginaires de la vermine qui le dévore. Tenue correcte, politesse un peu obséquieuse. S'alimente bien. Régime lacto-végétarien.

Urine abondante, claire ; *diminution de l'urée. Légère albuminurie intermittente.*

Décembre 1912. — Plus calme, il peut reprendre son travail.

Mars 1913. — L'humeur est plus gaie, il se déclare content de sa situation. Une demande qu'il a faite pour obtenir la médaille de 1870, le préoccupe beaucoup, il écrit de longues lettres au Ministre de la Guerre pour lui raconter ses campagnes, mais sa démarche reste sans succès, car il ne peut fournir de pièces justificatives. Cet échec ne l'émotionne pas outre mesure, et cependant il s'attendait beaucoup à obtenir cette faveur. Il est toujours impressionnable, craintif et scrupuleux à l'excès, mais il ne présente pour le moment aucun signe de mélancolie anxieuse.

La mémoire et le jugement sont satisfaisants, il n'y a pas de déficit intellectuel. Au point de vue physique, il présente toujours des troubles très marqués d'*artério-sclérose à la prédominance rénale.*

Depuis quelque temps le sommeil est devenu très irrégulier et il ne dort plus qu'avec le concours des hypnotiques.

En résumé. — Chez ce malade est apparue, à l'âge de 50 ans, de la dépression mélancolique avec hypochondrie, idées d'indignité et de persécution. Cette dé-

pression s'est reproduite par accès, coupés par des intervalles de calme. Mais ce calme n'est qu'apparent : en réalité, il existe dans les périodes où le malade est tranquille, une légère excitation se traduisant par un besoin continu de mouvement, un abus de lettres adressées un peu à tout le monde, des demandes constantes à venir parler au médecin, etc. Ce malade est un circulaire à symptômes frustes.

Obs. XII. (Personnelle). — Fre..., 50 ans, employé de commerce, fait sa première entrée à l'asile de Vaucluse, le 16 juillet 1904.

Antécédents héréditaires. — Lourdement chargés ; il est fils de parents âgés, son père avait 55 ans à sa naissance, la mère 43 ans.

Sa grand-mère maternelle était une mélancolique ayant fait de multiples tentatives de suicide.

Une de ses cousines a été internée à Sainte-Anne Sa mère elle-même a été internée à Orléans, pour mélancolie.

Antécédents collatéraux. — Il a eu quatre frères et sœurs, morts de tuberculose à l'hospice d'Orléans.

Antécédents personnels. — Rien dans l'enfance et l'adolescence.

Il s'est marié et a eu cinq enfants dont trois sont morts de méningite. Des deux filles qui lui restent, l'une a une luxation congénitale de la hanche. Il y a quelques années, sa femme est morte de tuberculose.

Il exerçait la profession de commis voyageur et a mené de tout temps une vie assez débauchée, faisant des excès vénériens, ce qui lui a valu trois blennorragies et fréquentant beaucoup les cafés. Il a bu beaucoup, surtout des absinthes, jusqu'à trois et quatre par jour

Dans ces dernières années, il était plus abstinent ; il habitait tout seul une petite chambre et menait une existence régulière.

Depuis au moins trois ans, il se sentait souffrant ; il digérait mal, avait l'estomac gonflé et flatulent après le repas. Le matin, il se réveillait avec la bouche amère et vomissait parfois. Il avait souvent des céphalées, des brouillards devant les yeux, mais ce dont il se plaignait le plus, c'était d'une perpétuelle sensation de froid aux pieds et d'engourdissements des extrémités.

Après la mort de sa femme (1897), il eut de nombreuses maîtresses et mena une vie assez déréglée jusqu'au début de 1904. A cette date, il commence à se montrer triste, préoccupé de sa santé, disant qu'il souffrait tant du froid aux pieds qu'il finirait par se tuer. Aux excès vénériens a succédé une continence absolue.

C'est l'exagération de ses symptômes qui provoquent son internement.

A son passage à l'admission, le Dr Magnan rédige sur lui le certificat suivant : « Délire mélancolique avec préoccupations hypocondriaques. Découragement, plaintes, craintes de la misère, tendances au suicide, cauchemars, insomnies, tremblement des mains. »

A son entrée, il se présente surtout comme un hypochondriaque, très préoccupé des troubles qu'il ressent et essayant de les expliquer scientifiquement. Il a certainement dû lire beaucoup de livres de sciences populaires, en particulier sur la neurasthénie et la méthode de Raspail. Il a déjà vu beaucoup de médecins, dont il a soigneusement conservé les ordonnances ; il fait sur des bouts de papiers des listes des troubles qu'il ressent en les analysant longuement.

Il présente une exagération manifeste de la personnalité ; quand il cesse de nous parler de sa maladie, c'est pour nous vanter avec satisfaction, les produits qu'il plaçait comme commis-voyageur : fourneau à gaz, bec de lampe, dans l'invention desquels il s'attribue une large part.

Au point de vue physique. — Les pupilles sont égales et les réflexes lumineux conservés. La langue et les doigts sont animés d'un léger tremblement. Les réflexes patellaires, plantaires et crémastériens sont normaux. Respiration râpeuse au sommet droit, avec vibrations exagérées. Râles sibilants à gauche. Constipation opiniâtre.

Signes manifestes de petit brightisme : céphalées, brouillards devant les yeux, sensation de doigt mort, de froid aux pieds. Albuminurie : 0 gr. 57 pour 24 heures.

Le malade est mis au régime lacté absolu.

Août 1904. — Malade calme, toujours préoccupé et hypochondriaque. Raconte qu'il a essayé plusieurs fois de se suicider par

pendaison ou asphyxie (récits probablement fantaisistes). Il trouve qu'il a moins de brouillards devant les yeux. Albumine : 0 gr. 50 par 24 heures.

27 *janvier* 1905. — Crise violente d'excitation. Logorrhée et propos incohérents ; grandiloquence et exagération de la personnalité ; cris et vociférations au point qu'il en est presque aphone. Peut-être confusion mentale légère ? Hallucinations douteuses de l'ouïe. Albuminurie : 3 gr. par litre. Régime lacté.

18 *février* 1905 — Malade calme, a reçu une lettre de ses filles et l'a lue avec intérêt. Moins préoccupé.

Analyse d'urine :

Quantité pour 24 heures.....	1575 cc.
Densité.....	10,20
Glucose.....	Néant.
Albumine.....	0 gr. 015 par 24 h.

17 *avril* 1905. — Passé à l'infirmerie. Il se plaint d'avoir très froid. Sensation de doigt mort.

Analyse d'urine :

3 lit. 950 pour 24 heures.

Albumine : 0 gr. 79 pour 24 heures.

25 *avril*. — Traité par la macération du rein de porc.

6 *mai*. — Sous l'influence du traitement, le malade urine abondamment (3 litres environ par jour).

Urines jaunes clair, un peu louches, ne contenant que des traces impondérables d'albumine. Les phénomènes de doigt mort, froid, vaso-constriction, pâleur morbide des doigts sous l'influence des lavages de mains à l'eau froide ont diminué, presque disparu.

Le malade se trouve mieux, moins faible, plus courageux. Il est un peu excité, parle volontiers, cause avec loquacité. Il interrompt sa lecture pour faire une remarque à haute voix, il interpelle le médecin pour lui dire une chose insignifiante. D'autre part il s'est remis à écrire, il rédige des projets d'avenir, expose les fonctions qu'il est capable de remplir, insert un projet de livre qui sera fait de ses souvenirs politiques et intitulé : « Salades ». Parle de ses relations avec des hommes politiques, de ses liens de parenté avec des personnes célèbres.

Janvier 1906. — L'amélioration persiste ; toujours un peu émotif et inquiet, travaille à la direction.

Analyse d'urine :

1.500 cc. pour 24 heures.

Albumine : 0 gr. 412 pour 24 heures.

Avril 1906. — Sortie du malade, considéré comme guéri.

Il reste en liberté jusqu'en *mai* 1908, ayant repris ses anciennes occupations. Il mène une vie calme et rangée.

En mai, il s'excite à la suite d'une tournée pendant laquelle il a fait de nombreuses libations. Il se fait arrêter pour avoir voulu payer un cocher avec des billets de loterie.

Envoyé au dépôt, le Dr Clerambault rédige sur lui le certificat suivant : « Dégénérescence mentale, *apparence de folie à double forme*. Excitation maniaque, logorrhée avec idées de grandeur et incohérence ; voiture non payée, etc. ».

Entré dans le service le 27 juin 1908. — Excitation maniaque, désordres des idées et des actes, logorrhée.

Il est déjà en période d'amélioration. Rien de particulier au point de vue physique qu'une ébauche de bruit de galop.

Urine albumineuse. Régime lacté. On pratique l'épreuve de l'élimination au bleu de méthylène. On injecte sous la peau 1 cc. de solution à 1 %. La coloration apparaît deux heures après dans des urines et devient maximum au bout de cinq heures. Disparition totale au bout de 24 heures.

10 *juillet* 1008. — Amélioration rapide. Malade calme, mais un peu exubérant et taquin. *Les urines ne sont plus albumineuses* Régime ordinaire.

9 *août* 1908. — Le malade, considéré comme guéri, est mis en liberté.

Troisième entrée le 15 mai 1909. — Le malade reste environ 9 mois dehors.

Tout d'abord, il s'est montré calme et raisonnable, puis il s'est excité à l'occasion du mariage de sa fille.

Il entre dans le service extrêmement agité, hostile à tout examen, ne pouvant tenir en place.

Il parle avec volubilité, cherche des assonances, fait des calembours.

Idées ambitieuses et de satisfaction « Il est le Christ, Napoléon, etc., il va conquérir l'Afrique et convertir les Mulsumans. » La nuit on ne peut le maintenir au lit, il déchire ses couvertures, jette son matelas sur les voisins, se barbouille de matières fécales en prétendant que c'est de l'or.

A l'examen physique, on constate que les pupilles sont en myosis ; les réflexes à la lumière sont conservés. La langue est sèche. A l'auscultation, on perçoit nettement un bruit de galop. *Les urines sont albumineuses* (0 gr. 31 par litre).

Examen d'urine le 23 *mai* 1909 :

Quantité pour 24 heures : 750 cent. cubes

Albumine : 0 gr. 22.

Le malade est toujours très excité.

Août 1909. — La crise d'excitation a disparu, le malade travaille à la cordonnerie.

Analyse d'urine en novembre 1909.

Quantité par 24 heures : 950 cent. cubes.

Albumine par 24 heures : 0 gr. 250.

Le malade est toujours calme.

Décembre 1909.— Période de dépression mélancolique avec conscience. Il croit qu'il ne guérira pas, ou que s'il guérit ce sera pour redevenir un jour agité et inconscient. Il se rappelle très bien ses crises d'excitation et il en est tout honteux et désolé. *Urine albumineuse.*

Juillet 1910. —Toujours déprimé mélancolique. « C'est mon albumine, dit-il, qui est cause de ça. J'ai étudié ma maladie, la néphrite, sur Littré. Je ne me sens pas le courage de quitter Vaucluse ». Se plaint de céphalées et de maux de reins.

18 *décembre* 1910 — Depuis quelques jours, il s'excite un peu, s'occupe des autres malades, parle beaucoup.

19 *décembre* 1910. — Excitation violente, loquacité, gestes et propos incohérents, idées de satisfaction. L'agitation est bientôt telle qu'il faut l'isoler dans une cellule. La crise d'excitation dure jusqu'au 31 mars 1911.

12 *juillet* 1911. - Calme, un peu déprimé et hypochondriaque. Découragement. Préoccupé par sa santé.

Décembre 1911. — Alité depuis le 1er septembre. Dépression avec conscience, désir de la mort, découragement extrême. Il a appris avec beaucoup de peine que sa fille ainée venait d'être internée à Sainte-Anne.

Il passe l'année 1912, alité à l'infirmerie, déprimé, mélancolique et hypochondriaque, il se plaint d'avoir mal partout, dit que ses pieds le picottent, qu'il a toujours froid. La conscience est très lucide; il se rend très bien compte qu'il est actuellement déprimé et il sait que dans quelque temps l'agitation va reparaître.

Analyse d'urine en janvier 1913 :

Quantité en 24 h.....	2,000 cc.
Urée pour 24 h.....	15 gr. 60.
Acide urique pour 24 h.....	0 gr. 47.
NaCl pour 24 h.....	5 gr. 05.

20 *mai* 1913. — Il se déclare mieux portant mais il craint beaucoup qu'à cette amélioration passagère ne succède une crise d'excitation.

0 gr. 155 d'albumine pour 24 heures.

27 *juin* 1913. — Excitation franche, loquacité, calembours. Familiarités et bon garçonnisme. L'agitation motrice n'est pas encore excessive.

Pression sanguine élevée (21 cent. cubes).

Juillet 1913. — Agitation d'une extrême violence.

Isolement en cellule nécessaire. Là il déchire ses vêtements et sa literie, se met tout nu, gesticule et vocifère. Il s'orne de morceaux de chiffons et de tresses de paille, se frotte avec ses matières fécales.

Incohérence des propos, idées de grandeur. Cependant, en insistant et en lui causant doucement, on arrive à lui faire dire des choses assez sensées. Il se laisse assez facilement faire une prise de sang, sur laquelle on fait le dosage de l'urée.

On ne trouve que 0 gr. 13 d'urée pour 1.000 de sérum. Par contre, il est impossible d'obtenir des urines.

Octobre 1913. — L'agitation persiste, toute aussi violente.

En résumé. — C'est un malade âgé de 59 ans, intelligent, à l'hérédité lourdement chargée, qui depuis 1904,

a fait une série d'accès maniaques et dépressifs typiques. A noter l'insuffisance rénale qui a nettement précédé les accès délirants, la tendance marquée des accès à devenir de plus en plus longs et une prépondérance de la phase dépressive sur la phase maniaque.

Chez lui, le parallélisme entre les accidents rénaux et les troubles mentaux ne fut pas toujours évident, mais nous devons cependant remarquer la bonne influence qu'a semblé avoir l'opothérapie rénale dans une période dépressive.

CONSIDÉRATIONS GÉNÉRALES ET THÉRAPEUTIQUES

Par cette série d'observations, nous nous sommes efforcé de démontrer que, partant de l'urémie délirante et des folies brightiques, nous pouvions, par toute une série de formes de transition, arriver aux types classiques des folies intermittentes. En un mot nous avons tenté de combler le fossé qui existe entre les folies qui paraissent sans causes et les folies toxiques.

Nous nous sommes attaché à montrer que l'examen mental est insuffisant s'il n'est complété par un examen somatique très approfondi.

Si nous nous sommes plus spécialement intéressé à la recherche du coefficient fonctionnel du rein, c'est que cet organe nous offre tout particulièrement des facilités d'examen et que les troubles de son fonctionnement sont plus aisément appréciables, tant par la recherche clinique des signes du petit brightisme que par l'analyse des urines, du sang et du liquide céphalo-rachidien.

Mais si, d'autre part, nous nous sommes attaché à l'étude de l'excrétion de chlorures et de l'urée, nous n'ignorons pas que l'urine contient toute une serie d'autres corps, infiniment plus délicats à découvrir et à doser, mais dont l'influence peut être invoquée dans la genèse des troubles mentaux.

En outre, le rein est loin d'être le seul organe dont

les troubles se répercutent sur l'état mental : le foie, les capsules surrénales, le corps thyroïde peuvent faire sentir également leur influence. Actuellement l'intérêt scientifique se porte du côté des glandes à secrétion interne (Sainton, Laignel-Lavastine). Nous espérons que de ce vaste champ d'expérience jaillira un jour la lumière qui viendra éclairer la pathogénie encore si obscure de beaucoup de psychoses.

Est-il légitime de créer un type clinique basé uniquement sur le double caractère de l'intermittence et de l'absence de causes ? Nous ne le pensons pas. L'intermittence n'a rien de pathognomonique, c'est un phénomène dont l'influence se fait sentir dans toute la pathologie. En outre, si le circulaire ou l'intermittent régulier se présentent bien sous un aspect spécial, comment arriver à distinguer un intermittent irrégulier d'un récidivant ? Quant au second caractère d'apparaître sans causes, il serait plus sage de dire que la cause existe sans doute, mais qu'on ne la connaît pas. Il n'y a pas une folie intermittente, il y a probablement des folies intermittentes rénales, hépatiques, thyroïdiennes, ovariennes, etc.

A cela on ne peut pas objecter que nos malades ne ressemblent que d'assez loin aux intermittents de Magnan. Si on veut bien lire nos observations, on y trouvera le début brusque, marqué parfois par un signal-symptôme, la non-préexistence de délire ou d'hallucinations, l'intégrité de l'intelligence pendant l'intervalle lucide, la similitude des états successifs, le ton ironique et mordant de certains malades en état de subexcitation, l'hypermnésie, tous signes cliniques des intermittents classiques.

*
* *

La thérapeutique que nous avons appliquée chez nos malades, en dehors du traitement symptomatique, a été des plus simples. Certains ont proposé des traitements un peu spéciaux, comme d'injecter à des maniaques du sang de mélancoliques et inversement (Parhon, Matéesco et Tupa). Nous avons préféré soigner nos malades comme ils l'auraient été à l'hôpital pour leur insuffisance rénale. Nous les avons mis au régime lacté, ou lacto-végétarien ; l'urotropine et le théobromine nous ont servi à provoquer la diurèse et à soutenir le cœur. La saignée a été pratiquée en cas de forte hypertension, ainsi que la ponction lombaire qui en particulier a donné de bons résultats à notre maître Vigouroux. Parfois les résultats que nous avons obtenus ont été tout à fait concluants : avec la disparition des phénomènes d'intoxication urémique, nous avons vu l'état mental s'améliorer considérablement. Nous estimons que souvent nous avons pu abréger la durée des accès délirants et que, grâce à un régime sévère, nons avons pu, dans une certaine mesure, combattre leur retour.

CONCLUSIONS

1° Les accès récidivants du délire lié à l'insuffisance rénale se distinguent facilement, d'ordinaire, des accès d'excitation et de dépression de la folie intermittente par leur physionomie clinique, leur évolution et leur date d'apparition.

2° Cependant, nous avons pu observer une série de cas de transition qui relient les accès récidivants de psychoses brightiques aux accès de la folie intermittente : confusion mentale, confusion mentale avec excitation ou dépression, excitation et dépression pures.

3° Dans toutes nos observations, les symptômes du petit brightisme se trouvent au grand complet : symptômes cliniques et modifications du chimisme urinaire : albuminurie, hypoazoturie, hypo-chlorurie.

4° Dans les unes, il ne nous a pas été possible de mettre en évidence le rapport de causalité qui unit l'évolution des troubles mentaux aux signes physiques de l'insuffisance rénale.

5° Dans les autres, au contraire, les plus nombreuses, nous avons trouvé un parallélisme frappant entre l'apparition et la disparition des accès et les exacerbations des symptômes du brightisme.

6° Nos recherches sur le dosage de l'urée dans le sang et le liquide cephalo-rachidien ne nous permettent pas de voir dans l'azoturie la cause pathogène de ces accès.

7° La thérapeutique ordinaire de désintoxication appliquée à l'insuffisance rénale a paru modifier heureusement l'intensité et la durée de certains accès délirants.

8° Chez nos malades, nous avons toujours rencontré une prédisposition à délirer héréditaire ou acquise.

Le plus souvent l'apparition du premier accès a été beaucoup plus tardive que dans la folie intermittente.

Vu :
Le Président de la thèse,
G. BALLET.

Vu :
Le Doyen,
D. CAUDON.

Vu et permis d'imprimer :
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris
L. LIARD.

BIBLIOGRAPHIE

Achard. *Le rôle de l'urée en pathologie* (l'œuvre médico-chirurgicale).

Achard et Castaigne. *L'examen clinique des fonctions rénales par l'élimination provoquée* (Monographies cliniques).

Achard, Ribot et Feuillé. Rétention chlorurée avec hypochlorémie. *Soc. de biol.*, 21 déc. 1912.

Albrecht. Folie maniaque dépressive et artério-sclérose. *Alg. Zeitschr. f. Psych.*, 1905.

Ambard. Rapports entre le taux de l'urée dans le sang et l'élimination de l'urée dans l'urine. *Soc. de biol.*, 3 déc. 1910 et 11 nov. 1911.

Ambard et A. Weill. La sécrétion rénale des chlorures *Sem. méd.* 1912.

Anglade et Jacquin. Psychose périodique et épilepsie. *Encéphale*, 1907.

Autheaume. Les psychoses périodiques. *Congr. de Genève.* Lausanne, 1907.

Aran. Les accidents nerveux de l'urémie. *Gaz des Hôp.*, 1860.

Aubertin et Parvu. Constante uréique des hypertendus. *Soc. de Biol.*, 21 déc. 1912.

Benon. Les dysthénies progressives (psychose périodique ou maniaque dépressives. *R. N.*, 1911.

Bériel. Psychopathies et insuffisance rénale. *Prog. Méd.*, 1912.

— Psychopathies liées à l'insuffisance rénale. *Soc. méd. des Hôp. de Lyon*, 1911.

Bondurant. Mal de Bright et folie. *Americ. Journ. of Insan.* 1895. In *Ann. méd. psych.*, 1897.

Bouvat. *Essai sur l'urémie délirante.* Th. Lyon, 1883.

Buck. Qu'entend-t-on par manie ? *Journ. de Neurologie*, 1906.

Cabot et Edward Young-Bost. La phénolsulfonephtaléine dans l'exploration fonctionnelle du rein. *Boston med. and Surg. Jour.*, 1911. In *G. H.*, 1912.

Capgras. *Essai de réduction de la mélancolie en une psychose d'involution présénile.* Th. Paris, 1901.

Castaigne. *Maladies des reins.* 1912. Poinat.

Chauffard. A propos des variations de la teneur azotée du sérum chez les hépatiques. *Soc. méd. des Hôp.*, 1913.

Chevassu. Dosage de l'urée sanguine et la constante urémique chez les urinaires chirurgicaux. *Presse méd.*, 1912.

Claus. *Congr. de Bruxelles*, 1903.

Courbon. Asthénomanie et psychose maniaque dépressive. *Rev. de psych.*, 1912,

Courmont, Boulud, Savy et Blanc-Perducet. Sur le coefficient azoturique du sérum. *Soc. méd. des Hôp.*, 1913.

Cullerre. Note sur un cas de folie urémique consécutif à un rétrécissement traumatique de l'urèthre. *Arch. de neurol.*, 1894.

— Hépatisme et psychoses. *Arch. de neurol.*, 1898.

Dagonet. *Traité pratique des maladies mentales*, 1876.

Damaye. Manie pure et manie confusionnelle. *Rev. de psych.*, 1910.

Deny. La délimitation de la psychiatrie et les psychonévroses. *Congr. d'Amiens*, 1911.

— La cyclothymie. *Sem. méd.*, 1908.

— Représentations schématiques et nomenclature des différentes formes de la folie maniaque dépressive. *Encéphale*, 1909.

Deny et Camus. *Les folies intermittentes.* La psychose maniaque dépressive, 1907.

Desgrez et Moog. Nouveau procédé pour le dosage de l'urée dans le sang. *G. H.*, 1911.

Dieulafoy. *Pathologie interne*, p. 79, 1901.

— De la folie brightique. *Soc. méd. des Hôp.*, 1885.

— Contribution à l'étude clinique et expérimentale de la maladie de Bright sans albuminurie. *Soc. méd. des Hôp.*, 1886.

Dubuisson (Jacques). *Des vésanies ou maladies mentales*, 1816.

Dupré et Charpentier. Psychose périodique. Méningite chronique syphilitique. Démence. *Soc. de psych.*, 1909.

Ennen. Des troubles psychiques périodiques. *Neurol. Centralblatt.*, 1902.

Esquirol *Des maladies mentales*, 1838.

Falret (J. P.). *Des maladies mentales*, 1864.

Faluola. La pression sanguine dans la psychose maniaque dépressive. *Journ. de psychiatrie clinique et de technique manicomaniale*, 1912.

Faure-Beaulieu. Azotémie extrême par anurie mercurielle aiguë. *Soc. méd des Hôp.*, 1912

M. de Fleury. De quelques accidents nerveux observés au cours du petit brightisme. *Progr. méd.*, 1899.

Florand. *Des manifestations délirantes de l'urémie.* Th. Paris, 1891.
Fournier. De l'urémie. Th. d'agrégation, 1863.
Franco da Roccha. La psychose maniaque dépressive. *Ann. med. psych.*, 1906.
Garczinski. *De l'issue des psychoses périodiques et circulaires.* Th, de Genève, 1910.
Gardner. L'exploration des fonctions rénales au moyen de la phénol-sulfonaphtaléine. *G. H.*, 1912.
Gilbert Ballet. Les psychoses. In *Traité* Charcot, Bouchard, Brissaut.
— La mélancolie intermittente. *Presse médicale*, 1902.
— La psychose périodique. *Encéphale*, 1909.
— Schématisation et nomenclature des formes mixtes de la folie maniaque dépressive. *Encéphale*, 1909.
— Traité de pathologie mentale. 1903.
— Gilbert-Ballet et Maillard. La classification des maladies mentales. *Congr. de Budapest*, 1909.
Gouget. A propos de l'azotémie. *Soc. méd. des hôp.*, 1911. In *G. H.*, 1912.
Griesinger. *Psychischen Krankheiten*, 1845.
Guélon. *Des psychoses dans leur rapport avec l'état des reins.* Th. de Bordeaux, 1897.
Guislain. *Traité des phrénopathies.*
Hartemberg. La cyclothymie. *Presse méd.*, 1909.
Heard (J. D.). Signification des accès cérébraux transitoires se produisant chez les artério-scléreux. *Edimbourg med. Journ.*, 1910.
Hinrichsen. Cité *in* Traité des maladies mentales de G. Ballet.
Hoppe. Sur l'anatomie pathologique des psychoses périodiques. *Archiv für Psych.*, 1908.
Hugounenq et Morel. Sur l'emploi du réactif de Fosse pour le dosage de l'urée dans le sang et les liquides de l'économie animale. *Soc. de biol.*, 1913.
Hutchings. Symptômes mentaux de l'artério-sclérose. In *Ann. méd. psych.*, 1900.
Javal. La grande azotémie. *Soc. méd. des hôp.*, 1911.
Joffroy. De la folie brightique. *Bull. méd.*, 1891.
Juquelier. *Contribution à l'étude des délires par auto-intoxication.* Th. Paris, 1903.
Kahn. *La cyclothymie*, Th. Paris, 1909.
— La cyclothymie. *Progr. méd.*, 1910.

Kirn. *Die periodischen Psychosen*, 1876.
Klippel. De la folie hépatique. *Arch. gén. de méd.*, 1892.
Kræpelin. *Traité de psychiatrie*, 1893.
— *Traité de psychiatrie*, 1907.
Kraft-Ebing. *Lehrbuch der Psychiatrie auf klinischer Grundlage*, 1880.
— *Traité clinique de psychiatrie*, 1897.
Lambranzi. L'auto-intoxication dans l'étiologie des névroses et des psychoses. *Il manic. mod.*, 1898.
Lance. L'examen de la perméabilité rénale par la phénosulfonephtaléine. *G. H.*, 1912.
Lasègue. Des accidents qui surviennent dans le cours de la maladie de Bright. *Etudes médicales*, 1852.
Legrain. *Les folies à éclipse*. Paris, 1910.
Legueu. De la valeur clinique de l'interprétation de la constante dans la chirurgie des reins. *Prog. méd.*, 1913.
Léon Bernard et Lœderich. Le foie dans les affections du rein. *Presse méd.*, 1908.
Lépine. Folies périodiques et anaphylaxie cérébrale. *R. N.*, 1910.
— L'esprit de la psychiatrie française d'aujourd'hui. *Presse méd.*, 1912.
Lépine et Florent. Hystérie et insuffisance rénale. *Soc. méd. des hôp. de Lyon*, 1911.
Lereboullet. Intérêt pronostique de l'azotémie. *Soc. méd. des hôp.*, 1912.
Leroy. Récidive d'un accès maniaque au bout de 25 ans. *Soc. de clin. ment.*, 1913.
Leroy et Boutet. Folie intermittente et puerpéralité. *Soc. de psych.*, 1912.
Léopold-Lévi. Troubles nerveux d'origine hépatique. *Arch. gén. de méd.*, 1896.
— Contribution à l'étude du délire au cours des affections hépatiques. *Arch. gén. de méd.*, 1896.
Lucangelli. Contribution clinique et histopathologique à l'étude des troubles mentaux et nerveux dans l'urémie. *Rasseyna di stud. psich.*, 1912.
Mabille et Lallemant. *Les folies diatésiques*, 1891.
Magnan. *Recherches sur les centres nerveux*, 1893.
Marandon de Montyel. Prédispositions et causes directes en étiologie mentale. *Rev. de psych.*, 1905.
Marcé. *Traité des maladies mentales*, 1859.
Marie (A.). A propos des toxicités urinaires et sanguines en psychiatrie. *Rev. de psych.* 1909.

Martine'. Hydrémie. Azotémie. Chlorurémie dans les néphrites. *Presse méd.*, 1913.

De Massary et Pasteur-Vallery-Radot. Néphrite chronique avec azotémie progressive. Valeur diagnostique et pronostique de l'azotémie. *Soc. méd. des hôp.*, 1912.

Meyer. Ueber circuläre Geiteskranheiten. *Archiv. f. Psych.*, 1874.

Meynert. *Psychiatrie*, 1888.

Morel et Mouriquand. Urémie et azotémie. *Soc. méd. des hôp.*, 1913.

Morel. *Traité des dégénérescences de l'espèce humaine*, 1857.

— *Traité des maladies mentales*, 1859.

Mosny et Barat. Psychose aiguë à forme maniaque dépressive et réaction méningée d'origine syphilitique. *Soc. de psych.*, 1910.

Mouratoff. Lésions des glandes surrénales dans la psychose périodique. *Psychiatrie contemporaine*, 1907.

Parant (Victor). De la manie simple non récidivante et de la psychose périodique. *Ann méd. psych.*, 1910.

Pardo. Coprologie dans la folie périodique. *Rivista sperim. di frenia.*, 1908.

Parhon, Matéesco et Tupa. Essais sur l'action du sérum des maniaques dans la mélancolie et du sérum des mélancoliques dans la manie *R. N.*, 1913.

Peixoto. Folie maniaque dépressive. *Ann. méd. psych.*, 1905.

Philibert. L'importance pratique de l'azotémie. *Progr. méd*, 1913.

Pierret. Symptômes urémiques localisés ; urémie à forme nerveuse. *Progr. méd.*, 1896.

Pinel. *Traité médico-philosophique sur l'aliénation mentale*, 1809.

Prout. Maladies des reins et folie. *Amer. Journ. of Insani*, 1897.

Raymond. Sur certains délires simulant la folie survenant au cours de néphrites chroniques et paraissant se rattacher à l'urémie. *Arch. gén. de méd.*, 1882.

— Relations de l'albuminurie ayec les psychoses. *Soc. méd. des hôp.*, 1890.

Régis. *Précis de psychiatrie*, 1914.

— Les psychoses d'auto-intoxication. *Arch. de neurol.*, 1899.

Régis et Chevalier. *Les auto-intoxications dans les maladies mentales.*

Rémond et Voivenel. Essai sur la valeur kræpelinienne de la manie et de la mélancolie. *Ann. méd. psych.*, 1910.

Ritti. *Folie à double forme*, 1883.

Rodiet et Masselon. Quelques considérations sur l'étiologie de la mélancolie. *Encéphale*, 1911.

Roger. *Introduction à l'étude de la médecine.*

Roger Dupouy. Récidives éloignées de la manie et de la mélancolie. *Ann. méd. psych.*, 1911

Rosenfeld. Sur les rapports des psychoses vaso-motrices avec les psychoses fonctionnelles. *Archiv. für Psych.*, 1909.

Rougé. Manie simple et manie périodique. *Ann. méd. psych*, 1911.

Schubert. Contribution à la pathogénie de la folie circulaire. *Neur. Centralblatt*, 1890.

Schule. *Traité des maladies mentales.* 1888.

Séglas. A propos d'un cas de folie intermittente. *Soc. méd. psych.*, 1910.

Sèrieux. La nouvelle classification des maladies mentales du professeur Kræpelin. *Rev. de psych.*, 1901.

Soukanoff et Ganouchkine. Etude sur la mélancolie. *Ann. méd. psych.*, 1903.

Soukanoff. Combinaison de la psychasthénie et de la cyclothymie.

Soutzo. La psychiatrie moderne et l'œuvre du professeur Kræpelin. *Ann. méd. psych.*, 1906.

Spigaglia. *De la folie urémique ou folie rénale.* Th. Genève, 1891.

Taalman. In *Traité pathologie mentale* de G. Rallet.

Tanzi. *Trattato della maladie mentale*, 1907.

Tastevin. L'asthénie post-douloureuse et les dysthénies périodiques. *Ann. méd. psych.*, 1911.

Taubert. Sur les psychoses périodiques, en particulier leur terminaison et leurs lésions anatomiques. *Arch. für Psych.*, 1910.

— De l'indicanurie périodique dans la folie maniaque dépressive. *Allg. Zeit. f. Psych.*, 1909.

Thalbitzer. Faisceau prismatique d'Helveeg dans le bulbe. *Arch. für psych.*, 1910.

Thomsen. *Congr. de Bruxelles*, 1903.

Toulouse. Les troubles mentaux de l'urémie. *G. H.*, 1894.

Turner. Observations sur la pression sanguine et sur les maladies vasculaires des aliénés.

Vaquez et Cottet. Epreuve de la diurèse provoquée. *Presse méd.*, 1912.

Vialon. Un cas de folie brightique. *Ann. méd psych.*, 1901.

Vigouroux. Délire de rêve. *Arch. gén. de méd.*, 1902.

— Insuffisance hépatique et délire. *Soc. méd. des Hôp.*, 1902.

— Manie périodique guérie. *Ann. méd. psych.* 1911.

— Délire hallucinatoire survenu chez un brightique amélioré par deux ponctions lombaires. *Soc. méd. psych.*, 1903.

Vigouroux. Folie maniaque dépressive et cyclothymie. *Clinique*, 1910.

Vigouroux et Juquelier. 3 cas de délire par insuffisance rénale ayant simulé le délire alcoolique, *Soc. méd. psych.*, 1902.

— Contribution clinique à l'étude des délires de rêve. *Journal de psychologie*, 1908.

— Délire et petit brightisme. *Arch. de neurologie*, 1903.

Vinchon. La périodicité et les obsessions dans l'œuvre de Morel. *Rev. de psych.*, 1912.

Weber. Etats de dépression d'origine artério-scléreuse. *Alg. Zeit. f. Psych.*, 1909.

— Pression sanguine dans la folie maniaque dépressive et la démence précoce. *Arch. f. Psych.*, 1910.

Weygand. *Atlas-Manuel de Psychiatrie*, 1904.

Widal. Les grands symptômes fonctionnels du mal de Bright. *Pr. méd.*, 1912.

— La classification des néphrites. *Mouvement méd.*, 1913.

Widal, Ambard et A. Weill. La sécrétion rénale des chlorures de brightiques œdémateux. *Sem. méd.*, 1912.

Widal et Froin. L'urée dans le liquide céphalo-rachidien des brightiques. *G. H.*, 1904.

Worcester. Rapports des maladies rénales et des troubles mentaux. *Americ. Journ. of Insanity*. 1899.

TABLE DES MATIÈRES

Pages

AVANT-PROPOS 9

Historique 19

L'étiologie et la pathogénie des folies intermittentes 27

Le rôle de l'insuffisance rénale dans les folies intermittentes . 38

Folies intermittentes rénales et formes de transition 51

Considérations générales et thérapeutiques 111

CONCLUSIONS 115

BIBLIOGRAPHIE 117

Saint-Brieuc. — Imp. F. GUYON.